

令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査
(令和4年度調査)

(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
報 告 書

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
報 告 書

■ 目次 ■

調査検討組織設置要綱.....	1
調査概要	3
第 1 部 事業実施概要	5
1. 調査の目的.....	5
2. 事業実施方法	5
第 2 部 回収状況	9
第 3 部 調査結果	10
第 1 章. 施設票の結果.....	10
第 1 節. 施設の基本情報.....	10
1. 所在地	10
2. 開設年	11
3. 入居者構成.....	12
4. 施設タイプ.....	14
5. 人員体制	17
第 2 節. 安全管理体制に係る加算・減算の状況	19
1. 安全管理体制加算について	19
2. 安全管理体制未実施減算について	25
第 3 節. 安全管理体制の整備状況	27
1. 安全管理担当者	27
2. 事故発生の防止のための指針等や、指針に基づくマニュアル等について	31
3. 「事故発生の防止のための委員会」の設置状況	34
4. 事故防止のための研修について	39
5. 事故に起因する利用者・家族とのトラブルについて	45
第 4 節. 事故情報及びヒヤリ・ハットの整理・分析・活用の状況	46
1. 事故情報及びヒヤリ・ハットの整理について	46
2. 事故情報及びヒヤリ・ハットの分析について	49
3. 事故情報及びヒヤリ・ハットの活用について	51
第 5 節. 市区町村への事故報告状況	54
1. 市区町村への事故報告書様式について	54
2. 市区町村への介護事故報告方法について	56
3. 市区町村からの支援状況について	60
第 2 章. 市区町村票の結果.....	63

第1節.	市区町村の基本情報	63
1.	回収状況	63
2.	人口規模	63
3.	自治体内の施設数	64
4.	リスクマネジメント担当者について	65
第2節.	施設から受けている事故報告について	67
1.	事故報告様式について	67
2.	定めている事故の範囲について	77
3.	事故の報告方法について	78
4.	事故報告における課題について	80
5.	事故報告を求めている介護サービスについて	80
第3節.	施設から受けている事故報告情報の活用状況	81
1.	事故報告情報の集計・分析・活用状況について	81
2.	事故が発生した施設への対応について	86
3.	事故報告に関する介護保険保険者努力支援交付金について	92
第4節.	市区町村から都道府県への報告について	93
1.	事故報告内容	93
第3章.	都道府県票の結果	96
第1節.	都道府県の基本情報	96
1.	回収状況	96
2.	自治体内の施設数	96
3.	リスクマネジメント担当者について	97
第2節.	都道府県における管内施設からの事故報告の収集について	99
1.	事故情報収集状況	99
第3節.	市区町村から都道府県への報告について	99
1.	報告を義務づけている根拠について	99
2.	報告様式・書式について	100
3.	報告を求める項目について	101
4.	定めている事故の範囲について	102
5.	事故の報告頻度について	103
6.	事故報告における課題について	104
第4節.	事業所から都道府県への報告について	105
1.	報告を義務づけている根拠について	105
2.	報告様式・書式について	106
3.	事故報告標準様式（厚労省）について	108
4.	報告を求める項目について	114

5.	定めている事故の範囲について	115
6.	事故の報告方法について	116
7.	事故報告における課題について	118
8.	事故報告を求めている介護サービスについて	118
第5節.	市区町村や管内施設からの事故報告情報の活用状況	119
1.	事故情報の集計・分析・活用状況について	119
第6節.	市区町村や管内施設に対する支援状況について	123
1.	事故防止や再発防止に関する支援について	123
第7節.	都道府県主催の研修等について	125
1.	都道府県主催の研修の実施状況	125
2.	個別事例を検証する会議等の実施状況	127
第4章.	リスクマネジメントにおいて国に求めること	133
第4部	詳細調査	136

別添. 調査票

調査検討組織設置要綱

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 の調査検討組織 設置要綱

1. 設置目的

（株）日本総合研究所は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、以下のとおり介護保険施設のリスクマネジメント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、福井 小紀子を委員長とし、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、(株)日本総合研究所が行う。
- (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。

介護保険施設のリスクマネジメント調査研究事業の調査検討組織 委員等

委員長	福井 小紀子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科在宅ケア看護学分野教授）
副委員長	池田 清美（北海道札幌市保健福祉局介護保険事業指導担当課長）
委員	伊藤 優子（龍谷大学短期大学部 教授）
委員	後 信（九州大学病院医療安全管理部 教授）
委員	江澤 和彦（公益社団法人日本医師会 常任理事）
委員	佐藤 明夫（大分県福祉保健部 高齢者福祉課 介護サービス事業班 主幹）
委員	田中 圭一（日本介護医療院協会 副会長）
委員	種田 憲一郎（国立保健医療科学院 国際協力研究部 上席主任研究官）
委員	田母神 裕美（公益社団法人日本看護協会 常任理事）
委員	森岡 豊（公益社団法人全国老人福祉施設協議会特別養護老人ホーム部会副部会長）
委員	山野 雅弘（公益社団法人全国老人保健施設協会 管理運営委員会安全推進部会長）

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 課長補佐 石毛 雅之
- 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 係長 南藤 優明
- 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 主査 尾川 春香
- 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 山畑 蔵人
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 調整官 阿波 圭介
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐 佐野 隆一郎

調査概要

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一式

1. 調査目的

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、新た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。

これを踏まえて、本事業では、介護現場における新た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ための調査を行う。

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. 調査客体

(ア) アンケート調査

【施設調査】

- ・ 介護老人福祉施設 無作為抽出
- ・ 介護老人保健施設 無作為抽出
- ・ 介護医療院 悉皆

【自治体調査】

- ・ 政令指定都市・中核市・市区町村 悉皆
- ・ 都道府県 悉皆

(イ) 詳細調査

一部の市区町村を対象

3. 調査項目

(ア) アンケート調査

【施設調査】

- ・ 安全管理体制にかかる加算・減算の状況
- ・ 安全管理体制の整備状況（安全対策担当者、事故発生の防止のための指針やマニュアル、事故発生の防止のための委員会、研修等）
- ・ 介護事故情報およびヒヤリ・ハットの整理・分析・活用状況
- ・ 市区町村への介護事故の報告状況 等

【自治体調査】

（市区町村調査）

- ・ 事故報告書標準様式の利用状況
- ・ 介護事故について報告を求めている内容、報告件数
- ・ 報告を受けた介護事故情報の活用状況
- ・ 市区町村から都道府県への報告状況 等

（都道府県調査）

- ・ 都道府県内の介護保険施設で発生した介護事故情報の収集状況
- ・ 事故報告書標準様式の利用状況
- ・ 介護事故について報告を求めている内容、報告件数
- ・ 報告を受けた介護事故情報の活用状況
- ・ 市区町村や施設に対する支援状況 等

（イ）詳細調査

- ・ 自治体で管理している介護事故情報の整理・分析
- ・ 自治体の施設向けのリスクマネジメント支援に関するヒアリング調査

第1部 事業実施概要

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、新た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。

これを踏まえて、本事業では、介護現場における新た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ための調査を行う。

その上で、令和6年度診療・介護報酬改定に向け、各施設の安全管理機能のさらなる強化に向けた検討に資する基礎資料を作成することを目的とする。

2. 事業実施方法

(1) 調査検討組織の設置と開催状況

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、介護保険施設のリスクマネジメントに関する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、株式会社日本総合研究所が行った。

① 構成委員

○委員長

福井 小紀子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科在宅ケア看護学分野 教授）

○副委員長

池田 清美（北海道札幌市保健福祉局介護保険事業指導担当課長）

○委員（五十音順、敬称略）

伊藤 優子（龍谷大学短期大学部 教授）

後 信（九州大学病院医療安全管理部 教授）

江澤 和彦（公益社団法人日本医師会 常任理事）

佐藤 明夫（大分県福祉保健部 高齢者福祉課 介護サービス事業班 主幹）

田中 圭一（日本介護医療院協会 副会長）

種田 憲一郎（国立保健医療科学院 国際協力研究部 上席主任研究官）

田母神 裕美（公益社団法人日本看護協会 常任理事）

森岡 豊（公益社団法人全国老人福祉施設協議会特別養護老人ホーム部会副部会長）

山野 雅弘（公益社団法人全国老人保健施設協会 管理運営委員会安全推進部会長）

○オブザーバー

厚生労働省	老健局	高齢者支援課	課長補佐	石毛	雅之
厚生労働省	老健局	高齢者支援課	係長	南藤	優明
厚生労働省	老健局	高齢者支援課	主査	尾川	春香
厚生労働省	老健局	高齢者支援課		山畑	蔵人
厚生労働省	老健局	老人保健課	調整官	阿波	圭介
厚生労働省	老健局	老人保健課	課長補佐	佐野	隆一郎

② 開催状況

<第1回>

○日時：令和4年7月5日（火）14時～16時

○場所：ワークスタイリング秋葉原、Zoom オンラインミーティング
（議題）

- ・ 調査設計について
- ・ アンケート調査票素案について
- ・ 詳細調査の設計について

<第2回>

○日時：令和5年2月6日（月）14時～16時

○場所：Zoom オンラインミーティング
（議題）

- ・ アンケート調査の結果について
- ・ 詳細調査の結果について
- ・ 報告書案について

(2) 調査実施概要

(ア) アンケート調査

1) 調査対象

i) 施設票

施設票は、以下の3サービスを調査対象とした。介護医療院は悉皆調査、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設は標本調査とし、それぞれ割り当てた抽出率によって無作為に調査対象施設を選定した。ただし、令和4年8月時点における災害救助法の適用地域に所在する施設は調査対象から除外した。

調査対象	母集団	標本・悉皆	調査対象数
介護老人福祉施設	8,340 施設	標本	3,800 施設
介護老人保健施設	4,226 施設	標本	1,550 施設
介護医療院	671 施設	悉皆	671 施設

ii) 市区町村票、都道府県票

市区町村票および都道府県票は悉皆調査とし、全国の市区町村約 1,718 か所及び都道府県 47 か所を対象とした。

2) 調査実施方法

i) 施設票

郵送配付、郵送回収または Web 回答

ii) 市区町村票、都道府県票

メール配付、Web 回答

3) 調査期間

令和 4 年 10 月 3 日～令和 4 年 11 月 2 日

ただし、回収状況を勘案し、11 月 21 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) 特養調査票、老健調査票、介護医療院調査票

- ・ 安全管理体制にかかる加算・減算の状況
- ・ 安全管理体制の整備状況（安全対策担当者、事故発生の防止のための指針やマニュアル、事故発生の防止のための委員会、研修等）
- ・ 介護事故情報およびヒヤリ・ハットの整理・分析・活用状況
- ・ 市区町村への介護事故の報告状況 等

ii) 市区町村票

- ・ 事故報告書標準様式の利用状況
- ・ 介護事故について報告を求めている内容、報告件数
- ・ 報告を受けた介護事故情報の活用状況
- ・ 市区町村から都道府県への報告状況 等

iii) 都道府県票

- ・ 都道府県内の介護保険施設で発生した介護事故情報の収集状況
- ・ 事故報告書標準様式の利用状況
- ・ 介護事故について報告を求めている内容、報告件数
- ・ 報告を受けた介護事故情報の活用状況
- ・ 市区町村や施設に対する支援状況 等

(イ) 詳細調査

自治体の施設向けのリスクマネジメント支援におけるあり方の検討を行うため、自治体で管理している介護事故情報の整理・分析を行い、自治体と施設に対してヒアリング調査を実施した。

1) 調査対象

ヒアリング調査は、自治体 2 団体（政令市 2）、介護保険施設 2 施設（介護老人福祉施設 2）に対して実施した。

2) 調査方法

オンラインでの半構造化インタビュー調査

3) 調査項目

i) 自治体

- ・ 事故報告書の受付方法/体制について
- ・ 事故報告に対して行っている対応について
- ・ 事故報告の集計・分析・活用の状況について
- ・ リスクマネジメントに関する国への要望 等

ii) 介護保険施設

- ・ 自治体への事故報告書の提出方法/体制について
- ・ 事故報告書の提出に対する自治体の対応について
- ・ 施設内の事故防止に関する取り組みについて
- ・ リスクマネジメントに関する自治体への要望 等

第2部 回収状況

特養調査票の回収数は1600件、回収率は42.1%、老健調査票の回収数は540件、回収率は34.8%、介護医療院調査票の回収数は253件、回収率は38.7%であった。

市区町村票の回収数は801件、回収率は49.1%、都道府県票の回収数は47件、回収率は100%であった。

※市区町村調査票は、上記1630件に加え、広域連合（57箇所）にも通知を行った。回収数の中には広域連合からの回答も含んでいる。（広域連合からの回答も1市区町村数として集計）

調査票名	母集団	発出数	回収数	回収率	有効回収率
特養調査票	8,340	3,800	1,600	42.1%	42.1%
老健調査票	4,226	1,550	540	34.8%	34.8%
介護医療院調査票	671	653	253	38.7%	38.7%
市区町村調査票	1,718	1,630	801	49.1%	49.1%
都道府県調査票	47	47	47	100%	100%

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

都道府県別の回収数と施設種別の構成割合は下表のとおりであった。

図表 3 - 1 - 1 (1/2) 都道府県別回収数

都道府県名	特養		老健		介護医療院	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
北海道	69	4.3%	17	3.1%	13	5.1%
青森県	20	1.3%	4	0.7%	0	0.0%
岩手県	28	1.8%	12	2.2%	2	0.8%
宮城県	40	2.5%	14	2.6%	0	0.0%
秋田県	23	1.4%	7	1.3%	3	1.2%
山形県	18	1.1%	8	1.5%	1	0.4%
福島県	28	1.8%	5	0.9%	6	2.4%
茨城県	43	2.7%	20	3.7%	2	0.8%
栃木県	27	1.7%	6	1.1%	1	0.4%
群馬県	43	2.7%	17	3.1%	4	1.6%
埼玉県	82	5.1%	18	3.3%	6	2.4%
千葉県	77	4.8%	22	4.1%	8	3.2%
東京都	112	7.0%	18	3.3%	6	2.4%
神奈川県	74	4.6%	25	4.6%	4	1.6%
新潟県	50	3.1%	11	2.0%	5	2.0%
富山県	26	1.6%	5	0.9%	6	2.4%
石川県	8	0.5%	0	0.0%	3	1.2%
福井県	10	0.6%	6	1.1%	1	0.4%
山梨県	7	0.4%	3	0.6%	1	0.4%
長野県	33	2.1%	12	2.2%	8	3.2%
岐阜県	32	2.0%	7	1.3%	7	2.8%
静岡県	46	2.9%	14	2.6%	9	3.6%
愛知県	62	3.9%	23	4.3%	10	4.0%
三重県	27	1.7%	6	1.1%	4	1.6%
滋賀県	16	1.0%	8	1.5%	1	0.4%
京都府	29	1.8%	16	3.0%	9	3.6%
大阪府	70	4.4%	31	5.7%	4	1.6%
兵庫県	67	4.2%	26	4.8%	7	2.8%
奈良県	13	0.8%	6	1.1%	4	1.6%
和歌山県	28	1.8%	6	1.1%	3	1.2%
鳥取県	9	0.6%	4	0.7%	2	0.8%

図表 3 - 1 - 1 (2/2) 都道府県別回収数

都道府県名	特養		老健		介護医療院	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
島根県	22	1.4%	4	0.7%	6	2.4%
岡山県	29	1.8%	17	3.1%	5	2.0%
広島県	41	2.6%	13	2.4%	11	4.3%
山口県	26	1.6%	8	1.5%	6	2.4%
徳島県	9	0.6%	10	1.9%	5	2.0%
香川県	10	0.6%	4	0.7%	2	0.8%
愛媛県	21	1.3%	13	2.4%	6	2.4%
高知県	16	1.0%	2	0.4%	10	4.0%
福岡県	69	4.3%	28	5.2%	16	6.3%
佐賀県	10	0.6%	6	1.1%	3	1.2%
長崎県	23	1.4%	12	2.2%	2	0.8%
熊本県	30	1.9%	20	3.7%	17	6.7%
大分県	10	0.6%	8	1.5%	6	2.4%
宮崎県	17	1.1%	4	0.7%	4	1.6%
鹿児島県	35	2.2%	8	1.5%	10	4.0%
沖縄県	9	0.6%	5	0.9%	2	0.8%
無回答	6	0.4%	1	0.2%	2	0.8%
全体	1,600	100.0%	540	100.0%	253	100.0%

2. 開設年

開設年は、特養では「1990 年以前」が 24.7%であり、「1990～1999 年」が 23.5%であった。老健では「1990～1999 年」が 50.0%、「2000～2009 年」が 25.2%であった。介護医療院では「2020 年以降」が 51.8%、「2010～2019 年」が 43.1%であった。

図表 3 - 1 - 2 開設年

		合計	2020年 以降	2010～ 2019年	2000～ 2009年	1990～ 1999年	1990年 以前	エラー・ 無回答
施設種別	全体	2,393	183 7.6%	543 22.7%	519 21.7%	646 27.0%	434 18.1%	68 2.8%
	特養	1,600	44 2.8%	353 22.1%	382 23.9%	376 23.5%	395 24.7%	50 3.1%
	老健	540	8 1.5%	81 15.0%	136 25.2%	270 50.0%	33 6.1%	12 2.2%
	介護医療院	253	131 51.8%	109 43.1%	1 0.4%	0 0.0%	6 2.4%	6 2.4%

3. 入居者構成

(1) 入所定員数

入所定員数は「60 人未満」が 33.0%であり「100 人以上」が 26.0%であった。老健では「100 人以上」が 45.6%であった。

図表 3 - 1 - 3 入所定員数

		合計	100人以上	80人以上 100人未満	60人以上 80人未満	60人未満	エラー・無回 答
	全体	2,393	623 26.0%	574 24.0%	386 16.1%	790 33.0%	20 0.8%
施設種別	特養	1,600	344 21.5%	410 25.6%	292 18.3%	540 33.8%	14 0.9%
	老健	540	246 45.6%	137 25.4%	64 11.9%	90 16.7%	3 0.6%
	介護医療院	253	33 13.0%	27 10.7%	30 11.9%	160 63.2%	3 1.2%

(2) 短期入所生活介護定員数（特養）

特養の短期入所生活介護定員数は「10 人以上 20 人未満」が 43.2%であり、「10 人未満」が 28.6%であった。

図表 3 - 1 - 4 短期入所生活介護定員数（特養）

合計	1,600
10人未満	457 28.6%
10人以上20人未満	691 43.2%
20人以上30人未満	297 18.6%
30人以上	42 2.6%
エラー・無回答	113 7.1%

(3) 短期入所療養介護受け入れ人数（老健、介護医療院）

短期入所療養介護受け入れ人数は、老健では「30人以上」が48.0%、「10人未満」が25.7%であった。介護医療院では「10人未満」が78.7%であった。

図表 3 - 1 - 5 短期入所療養介護受け入れ人数（令和3年度実績）

		合計	10人未満	10人以上 20人未満	20人以上 30人未満	30人以上	エラー・ 無回答
	全体	793	338 42.6%	33 4.2%	23 2.9%	270 34.0%	129 16.3%
施設種別	老健	540	139 25.7%	29 5.4%	21 3.9%	259 48.0%	92 17.0%
	介護医療院	253	199 78.7%	4 1.6%	2 0.8%	11 4.3%	37 14.6%

(4) 要介護度別入所者数

入所者の要介護度は「要介護4」が35.8%であり、「要介護5」が25.6%であった。介護医療院では「要介護5」が43.7%であった。

図表 3 - 1 - 6 要介護度別入所者数

		合計	要介護5	要介護4	要介護3	要介護2	要介護1
	全体	201,593	51,611 25.6%	72,235 35.8%	49,670 24.6%	17,614 8.7%	10,463 5.2%
施設種別	特養	111,986	33,222 29.7%	44,905 40.1%	28,634 25.6%	3,676 3.3%	1,549 1.4%
	老健	76,632	12,722 16.6%	22,479 29.3%	19,704 25.7%	13,258 17.3%	8,469 11.1%
	介護医療院	12,975	5,667 43.7%	4,851 37.4%	1,332 10.3%	680 5.2%	445 3.4%

(5) 認知症高齢者の日常生活自立度別入所者数

認知症高齢者の日常生活自立度は「Ⅲa」が34.7%、「Ⅳ」が19.8%であった。介護医療院では「Ⅳ」が42.9%であった。

図表 3 - 1 - 7 認知症高齢者の日常生活自立度別入所者数

		合計	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	全体	144,445	7,410 5.1%	10,696 7.4%	23,345 16.2%	50,084 34.7%	19,491 13.5%	28,529 19.8%	4,890 3.4%
施設種別	特養	98,575	4,169 4.2%	6,061 6.1%	14,568 14.8%	36,566 37.1%	13,988 14.2%	19,958 20.2%	3,265 3.3%
	老健	33,796	2,938 8.7%	4,251 12.6%	7,967 23.6%	11,153 33.0%	3,489 10.3%	3,388 10.0%	610 1.8%
	介護医療院	12,074	303 2.5%	384 3.2%	810 6.7%	2,365 19.6%	2,014 16.7%	5,183 42.9%	1,015 8.4%

4. 施設タイプ

(1) 居室区分

居室区分は「多床室」のある施設が68.9%であり、「従来型個室」のある施設が51.6%であった。

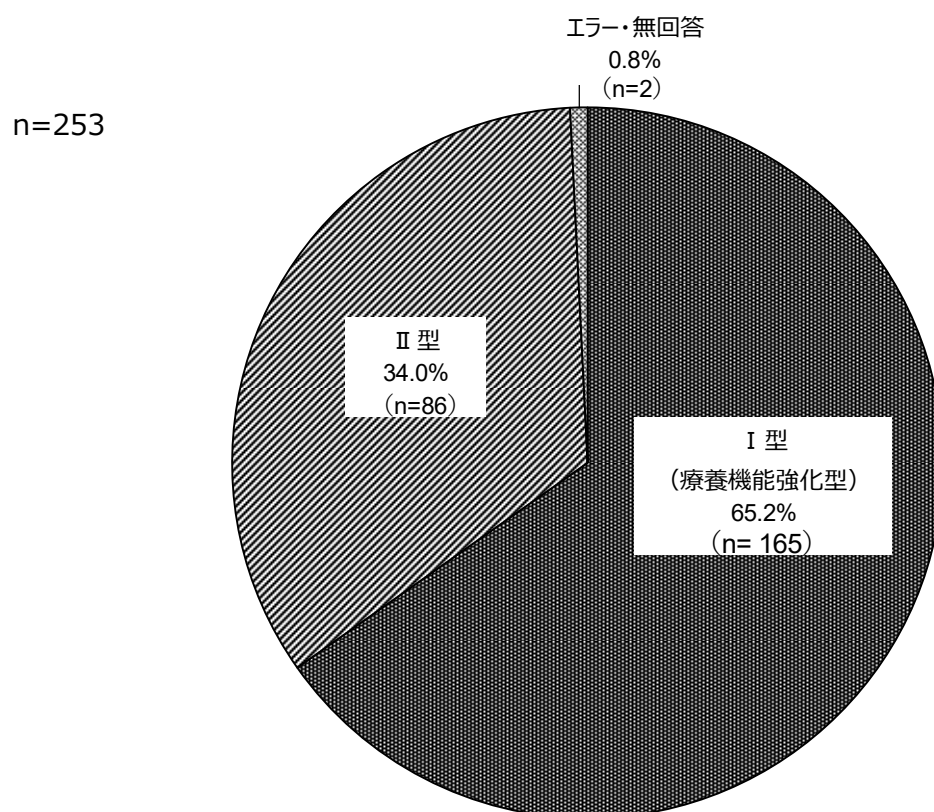
図表 3 - 1 - 8 居室区分（複数回答）

		合計	従来型個室	多床室	ユニット型個室	ユニット型 個室的多 少室	エラー・無回答
	全体	2,393	1,234 51.6%	1,648 68.9%	824 34.4%	13 0.5%	17 0.7%
施設種別	特養	1,600	663 41.4%	938 58.6%	756 47.3%	8 0.5%	10 0.6%
	老健	540	405 75.0%	473 87.6%	65 12.0%	4 0.7%	2 0.4%
	介護医療院	253	166 65.6%	237 93.7%	3 1.2%	1 0.4%	5 2.0%

(2) 施設類型（介護医療院）

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。

図表 3 - 1 - 9 施設類型（介護医療院）



(3) 在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価（老健）

老健の在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価は「加算型」が 32.0%であり、「超強化型」が 27.6%であった。

図表 3 - 1 - 10 在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価（老健）

合計	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	エラー・無回答
540	149	69	173	123	16	10
	27.6%	12.8%	32.0%	22.8%	3.0%	1.9%

(4) 運営主体（老健、介護医療院）

老健および介護医療院の運営主体は「医療法人」が 79.6%であった。

図表 3 - 1 - 11 運営主体

		合計	医療法人	市区町村、広域連合・一部事務組合	社会福祉法人	その他	エラー・無回答
	全体	793	631 79.6%	26 3.3%	81 10.2%	53 6.7%	2 0.3%
施設種別	老健	540	405 75.0%	21 3.9%	79 14.6%	34 6.3%	1 0.2%
	介護医療院	253	226 89.3%	5 2.0%	2 0.8%	19 7.5%	1 0.4%

(5) 施設の運営形態

施設の運営形態は「複数事業所のグループ経営」が 81.7%であった。

図表 3 - 1 - 12 施設の運営形態

		合計	施設単独の運営	複数事業所のグループ経営	エラー・無回答
	全体	2,393	401 16.8%	1,954 81.7%	38 1.6%
施設種別	特養	1,600	244 15.3%	1,326 82.9%	30 1.9%
	老健	540	100 18.5%	435 80.6%	5 0.9%
	介護医療院	253	57 22.5%	193 76.3%	3 1.2%

5. 人員体制

(1) 職員数（常勤換算人数）

人員配置に関わる施設全体の職員数（常勤換算人数）は「40 人以上」が 52.7%であり、「20 人以上 40 人未満」が 28.5%であった。

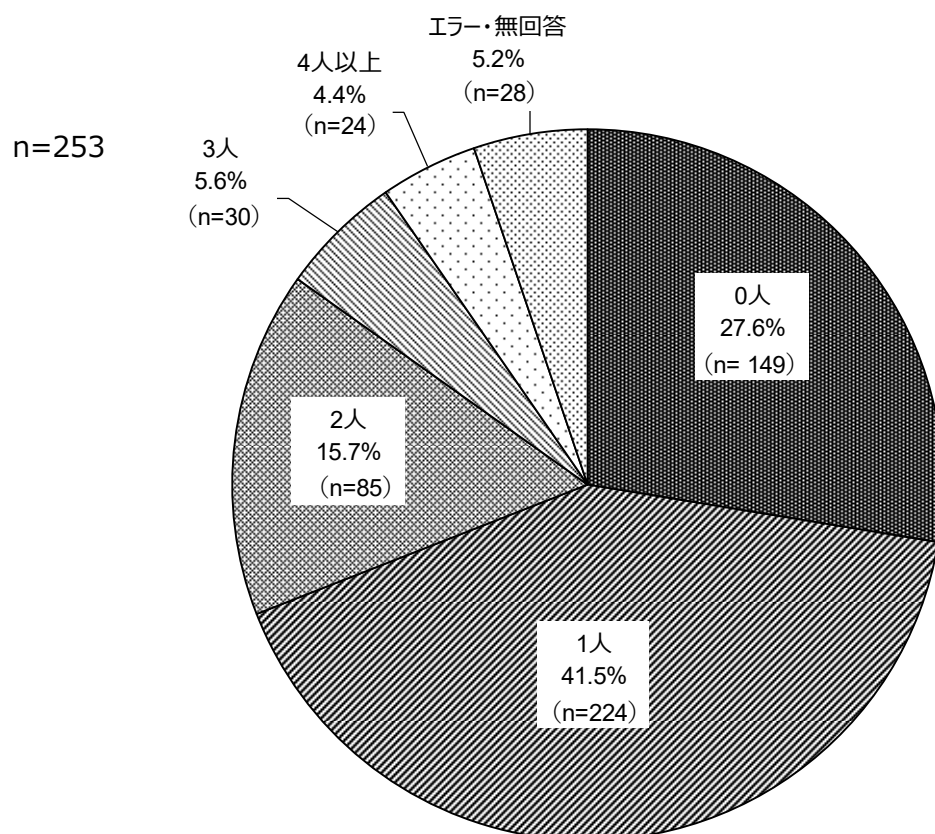
図表 3 - 1 - 13 人員配置に関わる施設全体の職員数（常勤換算人数）

		合計	20人未満	20人以上 40人未満	40人以上	エラー・無回 答
	全体	2,393	142 5.9%	682 28.5%	1,260 52.7%	309 12.9%
施設種別	特養	1,600	66 4.1%	521 32.6%	836 52.3%	177 11.1%
	老健	540	25 4.6%	82 15.2%	352 65.2%	81 15.0%
	介護医療院	253	51 20.2%	79 31.2%	72 28.5%	51 20.2%

(2) 介護老人保健施設リスクマネジャー認定者数（老健）

老健における介護老人保健施設リスクマネジャー認定者数は「1人」が41.5%であり、「0人」が27.6%であった。

図表 3 - 1 - 14 介護老人保健施設リスクマネジャー認定者数（老健）



第2節. 安全管理体制に係る加算・減算の状況

1. 安全管理体制加算について

(1) 安全対策体制加算の算定状況

令和4年9月分介護報酬請求（令和4年8月実績）において、安全対策体制加算の算定状況は「算定した」が68.7%、「算定していない」が30.8%であった。

図表 3 - 1 - 15 安全対策体制加算の算定状況（令和4年8月実績）

		合計	算定した	算定していない	エラー・無回答
施設種別	全体	2,393	1,645 68.7%	737 30.8%	11 0.5%
	特養	1,600	1,119 69.9%	474 29.6%	7 0.4%
	老健	540	399 73.9%	138 25.6%	3 0.6%
	介護医療院	253	127 50.2%	125 49.4%	1 0.4%

(2) 安全対策担当者が受講した外部の研修の実施主体

安全対策担当者が受講した外部の研修の実施主体は、特養では「全国老人福祉施設協議会」が 85.6%、老健では「全国老人保健施設協議会」が 75.2%、介護医療院では「日本慢性期医療協会」が 55.1%であった。

図表 3 - 1 - 16 安全対策担当者が受講した外部の研修の実施主体（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	1,645	1,119	399	127
全国老人福祉施設協議会	1,031 62.7%	958 85.6%	50 12.5%	23 18.1%
全国老人保健施設協会	316 19.2%	10 0.9%	300 75.2%	6 4.7%
日本慢性期医療協会	146 8.9%	34 3.0%	42 10.5%	70 55.1%
その他	217 13.2%	160 14.3%	20 5.0%	37 29.1%
エラー・無回答	13 0.8%	11 1.0%	2 0.5%	0 0.0%

(3) 安全対策部門の役割

施設に設置されている安全対策部門が担っている役割は、「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」が 92.6%、「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」が 89.0%、「施設全体の介護事故防止策に関する検討」が 86.1%であった。

図表 3 - 1 - 17 安全対策部門の役割（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	1,645	1,119	399	127
指針や指針に基づくマニュアル等の作成や見直し	1,351 82.1%	913 81.6%	328 82.2%	110 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	1,523 92.6%	1,038 92.8%	370 92.7%	115 90.6%
施設全体の介護事故防止策に関する検討	1,416 86.1%	969 86.6%	335 84.0%	112 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	1,464 89.0%	988 88.3%	356 89.2%	120 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	1,282 77.9%	875 78.2%	312 78.2%	95 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	1,214 73.8%	823 73.5%	292 73.2%	99 78.0%
利用者一人一人のリスク評価	456 27.7%	281 25.1%	129 32.3%	46 36.2%
介護事故防止のための研修の企画	1,227 74.6%	824 73.6%	307 76.9%	96 75.6%
施設の安全対策に関する外部情報の入手	700 42.6%	463 41.4%	176 44.1%	61 48.0%
施設の安全対策に関する施設内の定期・不定期的の見回り	643 39.1%	391 34.9%	178 44.6%	74 58.3%
その他	15 0.9%	10 0.9%	4 1.0%	1 0.8%
エラー・無回答	14 0.9%	10 0.9%	4 1.0%	0 0.0%

(4) 安全対策部門に所属する方の職種

施設内の安全対策部門に所属する方の職種は「看護職員」が87.7%、「施設長」が79.9%、「介護主任（介護リーダー）」が74.0%であった。特養では「生活相談員」が83.6%であった。老健では「リハビリテーション専門職」が85.0%であった。

図表 3 - 1 - 18 安全対策部門に所属する方の職種（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	1,645	1,119	399	127
施設長	1,314 79.9%	935 83.6%	290 72.7%	89 70.1%
事務長	536 32.6%	228 20.4%	233 58.4%	75 59.1%
医師	433 26.3%	103 9.2%	235 58.9%	95 74.8%
看護職員	1,442 87.7%	959 85.7%	360 90.2%	123 96.9%
介護主任（介護リーダー）	1,217 74.0%	863 77.1%	292 73.2%	62 48.8%
現場リーダー（フロア/ユニットリーダー）	738 44.9%	583 52.1%	136 34.1%	19 15.0%
現場職員	852 51.8%	581 51.9%	222 55.6%	49 38.6%
介護支援専門員	1,187 72.2%	864 77.2%	261 65.4%	62 48.8%
機能訓練指導員	391 34.9%	391 34.9%		
リハビリテーション専門職	492 29.9%	66 5.9%	339 85.0%	87 68.5%
栄養士/管理栄養士	768 46.7%	514 45.9%	179 44.9%	75 59.1%
生活相談員	936 83.6%	936 83.6%		
薬剤師	92 17.5%		22 5.5%	70 55.1%
歯科衛生士	13 2.5%		5 1.3%	8 6.3%
支援相談員	300 57.0%		268 67.2%	32 25.2%
事務職員	414 25.2%	222 19.8%	128 32.1%	64 50.4%
その他	171 10.4%	125 11.2%	27 6.8%	19 15.0%
エラー・無回答	10 0.6%	8 0.7%	2 0.5%	0 0.0%

(5) 安全対策部門に所属する人数

安全対策部門に所属する人数は、定員数 100 名あたり 16.0 人であった。介護医療院では定員数 100 名あたり 23.4 人であった。

図表 3 - 1 - 19 安全対策部門に所属する人数

	平均所属人数（人） （定員数100名あたり）
全体（n=1574）	16.0
特養（n=1068）	15.4
老健（n=381）	15.2
介護医療院（n=125）	23.4

(6) 安全対策体制加算の届出意向

安全対策体制加算を算定していない施設について、安全対策体制加算の届出意向は「ある」が 57.0%であり、「ない」が 37.0%であった。

図表 3 - 1 - 20 安全対策体制加算の届出意向

		合計	ある	ない	エラー・ 無回答
	全体	737	420 57.0%	273 37.0%	44 6.0%
施設種別	特養	474	279 58.9%	165 34.8%	30 6.3%
	老健	138	72 52.2%	59 42.8%	7 5.1%
	介護医療院	125	69 55.2%	49 39.2%	7 5.6%

(7) 安全対策体制加算を取得しない理由・課題

安全対策体制加算を算定していない施設について、安全対策体制加算を取得しない理由・課題は「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」が35.5%、「外部の研修を受けた担当者を配置できない」が32.2%であった。

図表 3 - 1 -21 安全対策体制加算を取得しない理由・課題（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	737	474	138	125
加算の意義や必要性が感じられない	68 9.2%	58 12.2%	4 2.9%	6 4.8%
外部の研修を受けた担当者を配置できない	237 32.2%	114 24.1%	62 44.9%	61 48.8%
施設内に安全対策部門を設置できない	49 6.6%	28 5.9%	11 8.0%	10 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	117 15.9%	84 17.7%	19 13.8%	14 11.2%
人件費等のコストが加算額に見合わない	160 21.7%	103 21.7%	25 18.1%	32 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	262 35.5%	170 35.9%	49 35.5%	43 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	48 6.5%	32 6.8%	8 5.8%	8 6.4%
その他	101 13.7%	76 16.0%	12 8.7%	13 10.4%
エラー・無回答	45 6.1%	32 6.8%	9 6.5%	4 3.2%

(8) 外部の研修を受けた職員を配置できない理由

「外部の研修を受けた担当者を配置できない」と回答した施設について、外部の研修を受けた職員を配置できない理由は「職員に外部の研修を受講してもらう時間的な余裕がない」が 86.5%であった。

図表 3 - 1 - 22 外部の研修を受けた職員を配置できない理由（複数回答）

		合計	職員に外部の研修を受講してもらう経費の支出に余裕がない	職員に外部の研修を受講してもらう時間的な余裕がない	外部の研修の必要性を感じていない	その他	エラー・無回答
	全体	237	31 13.1%	205 86.5%	8 3.4%	31 13.1%	1 0.4%
施設種別	特養	114	9 7.9%	97 85.1%	3 2.6%	18 15.8%	1 0.9%
	老健	62	15 24.2%	55 88.7%	2 3.2%	7 11.3%	0 0.0%
	介護医療院	61	7 11.5%	53 86.9%	3 4.9%	6 9.8%	0 0.0%

2. 安全管理体制未実施減算について

(1) 安全管理体制未実施減算の該当状況

安全対策体制加算を算定していない施設について、安全管理体制未実施減算の該当状況は「非該当」が 94.2%であった。

図表 3 - 1 -23 安全管理体制未実施減算の該当状況

		合計	該当	非該当	エラー・無回答
	全体	737	18 2.4%	694 94.2%	25 3.4%
施設種別	特養	474	7 1.5%	446 94.1%	21 4.4%
	老健	138	4 2.9%	131 94.9%	3 2.2%
	介護医療院	125	7 5.6%	117 93.6%	1 0.8%

(2) 運営基準のうち満たすことができなかった要件

安全管理体制未実施減算に「該当」と回答した施設について、運営基準のうち満たすことができなかった要件は「安全対策担当者の設置」が最も多く、ついで「介護事故発生防止のための研修の定期的な実施」であった。

図表 3 - 1 - 24 運営基準のうち満たすことができなかった要件（複数回答）

単位：回答施設数

	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に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

第3節. 安全管理体制の整備状況

1. 安全管理担当者

(1) 安全対策担当者の職種

安全対策担当者に含まれる職種は、特養では「生活相談員」が49.4%、「現場職員」が49.4%であった。老健では「看護職員」が50.0%、「介護主任（介護リーダー）」が43.5%であった。介護医療院では「看護職員」が88.5%、「医師」が53.0%であった。

図表 3 - 1 - 25 安全対策担当者の職種（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	253
施設長	838 35.0%	584 36.5%	145 26.9%	109 43.1%
事務長	395 16.5%	136 8.5%	160 29.6%	99 39.1%
医師	278 11.6%	30 1.9%	114 21.1%	134 53.0%
看護職員	864 36.1%	370 23.1%	270 50.0%	224 88.5%
介護主任（介護リーダー）	1,036 43.3%	715 44.7%	235 43.5%	86 34.0%
現場リーダー（フロア/ユニットリーダー）	459 19.2%	368 23.0%	76 14.1%	15 5.9%
現場職員	446 18.6%	791 49.4%	118 21.9%	55 21.7%
介護支援専門員	852 35.6%	578 36.1%	179 33.1%	95 37.5%
機能訓練指導員	160 10.0%	160 10.0%		
リハビリテーション専門職	348 14.5%	30 1.9%	212 39.3%	106 41.9%
栄養士/管理栄養士	323 13.5%	154 9.6%	78 14.4%	91 36.0%
生活相談員	791 49.4%	791 49.4%		
薬剤師	90 11.3%		10 1.9%	80 31.6%
歯科衛生士	10 1.3%		1 0.2%	9 3.6%
支援相談員	220 27.7%		181 33.5%	39 15.4%
事務職員	258 10.8%	95 5.9%	1 0.2%	74 29.2%
その他	205 8.6%	142 8.9%	29 5.4%	34 13.4%
エラー・無回答	48 2.0%	32 2.0%	12 2.2%	4 1.6%

(2) 安全対策担当者の人数

安全対策担当者の平均人数は定員数 100 名あたり 6.9 人であった。介護医療院では 100 名あたり 18.1 人であった。

図表 3 - 1 - 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）
全体（n=2301）	6.9
特養（n=1539）	5.4
老健（n=522）	6.2
介護医療院（n=240）	18.1

(3) 安全対策担当者のうち最も中心を担っている職種

安全対策担当者のうち、最も中心を担っている職種は「介護職員」が33.1%であった。介護医療院では「看護職員」が64.8%であった。

図表 3 - 1 - 27 安全対策担当者のうち最も中心を担っている職種（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,140	1,600	540	253
施設長	277 12.9%	247 15.4%	19 3.5%	11 4.3%
事務長	94 4.4%	31 1.9%	52 9.6%	11 4.3%
医師	25 1.2%	2 0.1%	2 0.4%	21 8.3%
看護職員	319 14.9%	35 2.2%	120 22.2%	164 64.8%
介護職員	708 33.1%	532 33.3%	162 30.0%	14 5.5%
介護支援専門員	178 8.3%	138 8.6%	34 6.3%	6 2.4%
機能訓練指導員	22 1.4%	22 1.4%		
リハビリテーション専門職	54 2.5%	3 0.2%	46 8.5%	5 2.0%
栄養士/管理栄養士	2 0.1%	1 0.1%	0 0.0%	1 0.4%
生活相談員	395 24.7%	395 24.7%		
薬剤師	0 0.0%		0 0.0%	0 0.0%
歯科衛生士	0 0.0%		0 0.0%	0 0.0%
支援相談員	44 5.5%		44 8.1%	0 0.0%
事務職員	30 1.4%	14 0.9%	14 2.6%	2 0.8%
その他	110 5.1%	85 5.3%	17 3.1%	8 3.2%
エラー・無回答	135 6.3%	95 5.9%	30 5.6%	10 4.0%

(4) 安全対策担当者の役割

安全対策担当者の役割は「介護事故発生防止のための委員会の運営」が 83.4%、「発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の原因調査・分析」が 78.1%であった。

図表 3 - 1 - 28 安全対策担当者の役割（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	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	1,597 66.7%	1,044 65.3%	366 67.8%	187 73.9%
介護事故発生防止のための指針・マニュアルの作成	1,746 73.0%	1,148 71.8%	390 72.2%	208 82.2%
介護事故発生防止のための委員会の運営	1,996 83.4%	1,340 83.8%	439 81.3%	217 85.8%
介護事故発生防止のための研修の運営	1,743 72.8%	1,169 73.1%	374 69.3%	200 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)	1,452 60.7%	963 60.2%	328 60.7%	161 63.6%
自治体へ提出する事故報告書の記載	1,292 54.0%	860 53.8%	278 51.5%	154 60.9%
自治体への事故報告書の提出	1,321 55.2%	893 55.8%	278 51.5%	150 59.3%
介護事故やヒヤリ・ハット等の発生数の整理	1,739 72.7%	1,131 70.7%	395 73.1%	213 84.2%
発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の原因調査・分析	1,869 78.1%	1,230 76.9%	411 76.1%	228 90.1%
介護事故報告の分析を通じた改善策の周知・指導	1,832 76.6%	1,218 76.1%	396 73.3%	218 86.2%
その他	22 0.9%	15 0.9%	5 0.9%	2 0.8%
エラー・無回答	38 1.6%	31 1.9%	6 1.1%	1 0.4%

2. 事故発生の防止のための指針等や、指針に基づくマニュアル等について

(1) 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

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は「介護事故防止のための委員会や組織体制」が 92.4%、「介護事故防止に関する基本理念や考え方」が 92.2%であった。

図表 3 - 1 - 29 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)

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	253
介護事故防止に関する基本理念や考え方	2,207 92.2%	1,496 93.5%	476 88.1%	235 92.9%
介護事故防止のための委員会や組織体制	2,212 92.4%	1,493 93.3%	489 90.6%	230 90.9%
介護事故防止における各職種の役割	1,636 68.4%	1,160 72.5%	313 58.0%	163 64.4%
介護事故防止における各職種の役割	1,977 82.6%	1,334 83.4%	426 78.9%	217 85.8%
介護事故発生直後の具体的な対応手順	2,032 84.9%	1,366 85.4%	455 84.3%	211 83.4%
ヒヤリ・ハット発生後の具体的な対応手順	1,654 69.1%	1,052 65.8%	397 73.5%	205 81.0%
発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討	1,799 75.2%	1,231 76.9%	372 68.9%	196 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	1,583 66.2%	1,045 65.3%	340 63.0%	198 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	1,251 52.3%	840 52.5%	260 48.1%	151 59.7%
自治体への報告手順	1,333 55.7%	883 55.2%	282 52.2%	168 66.4%
事故報告書の記載方法	1,210 50.6%	752 47.0%	288 53.3%	170 67.2%
入所者・家族等による指針の閲覧	1,067 44.6%	746 46.6%	210 38.9%	111 43.9%
行政からの通知・事務連絡の引用や添付	507 21.2%	310 19.4%	118 21.9%	79 31.2%
入居者の尊厳の保持、身体拘束廃止に関する事項	1,039 43.4%	658 41.1%	236 43.7%	145 57.3%
その他	28 1.2%	12 0.8%	7 1.3%	9 3.6%
指針・マニュアル等を作成していない	11 0.5%	4 0.3%	5 0.9%	2 0.8%
エラー・無回答	31 1.3%	23 1.4%	7 1.3%	1 0.4%

(2) 事故発生の防止のための指針・マニュアル等の活用状況

事故発生の防止のための指針・マニュアル等の活用状況は「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」が 70.2%、「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」が 64.4%であった。

図表 3 - 1 - 30 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）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	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	1,541 64.4%	1,042 65.1%	329 60.9%	170 67.2%
定期的に会議や研修等で活用している	1,397 58.4%	985 61.6%	270 50.0%	142 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	1,681 70.2%	1,087 67.9%	397 73.5%	197 77.9%
介護事故発生時に、対応方法等を確認している	1,290 53.9%	831 51.9%	284 52.6%	175 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	1,027 42.9%	684 42.8%	217 40.2%	126 49.8%
家族への説明時に使用している	370 15.5%	250 15.6%	72 13.3%	48 19.0%
その他	27 1.1%	25 1.6%	1 0.2%	1 0.4%
活用できていない	103 4.3%	70 4.4%	26 4.8%	7 2.8%
指針・マニュアル等を作成していない	13 0.5%	4 0.3%	5 0.9%	4 1.6%
エラー・無回答	22 0.9%	14 0.9%	7 1.3%	1 0.4%

(3) 事故発生の防止のための指針・マニュアルの見直し状況

事故発生の防止のための指針・マニュアルの見直しは「不定期に見直している」が 56.7%、「定期的に見直している」が 31.9%であった。

図表 3 - 1 - 31 事故発生の防止のための指針・マニュアルの見直し状況（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	253
定期的に見直している	763 31.9%	501 31.3%	167 30.9%	95 37.5%
不定期に見直している	1,356 56.7%	897 56.1%	321 59.4%	138 54.5%
介護事故発生後に見直している	200 8.4%	119 7.4%	45 8.3%	36 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	95 4.0%	66 4.1%	18 3.3%	11 4.3%
見直していない	151 6.3%	116 7.3%	27 5.0%	8 3.2%
指針・マニュアル等を作成していない	15 0.6%	5 0.3%	6 1.1%	4 1.6%
エラー・無回答	30 1.3%	22 1.4%	7 1.3%	1 0.4%

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

事故発生の防止のための委員会（ワーキンググループ含む）の開催状況は、特養では「2～3か月に1回程度開催」が56.1%であり、「毎月開催」が31.3%であった。老健では「毎月開催」が80.7%であり、介護医療院では「毎月開催」が86.2%であった。

図表 3 - 1 - 32 事故発生の防止のための委員会（ワーキンググループ含む）の開催状況

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	253
毎月開催	1,155 48.3%	501 31.3%	436 80.7%	218 86.2%
2～3か月に1回程度開催	975 40.7%	897 56.1%	59 10.9%	19 7.5%
半年に1回開催	131 5.5%	119 7.4%	8 1.5%	4 1.6%
1年に1回開催	67 2.8%	66 4.1%	1 0.2%	0 0.0%
必要時に開催	138 5.8%	116 7.3%	17 3.1%	5 2.0%
その他	12 0.5%	5 0.3%	5 0.9%	2 0.8%
開催していない	25 1.0%	22 1.4%	1 0.2%	2 0.8%
エラー・無回答	56 2.3%	40 2.5%	13 2.4%	3 1.2%

(2) 委員会の開催回数

委員会（ワーキンググループ含む）を開催していると回答した施設について、令和３年度の平均開催回数は 10.4 回であった。

図表 3 - 1 - 33 委員会の開催回数（令和３年度）

単位：回

	令和３年度の開催回数
全体（n=2262）	10.4
特養（n=1510）	10.2
老健（n=513）	10.8
介護医療院（n=239）	11.2

(3) ワーキンググループ設置有無

ワーキンググループ設置有無は「有」が 31.1%であり「無」が 61.7%であった。

図表 3 - 1 - 34 ワーキンググループ設置有無

		合計	有	無	エラー・ 無回答
	全体	2,330	724 31.1%	1,437 61.7%	169 7.3%
施設種別	特養	1,556	465 29.9%	966 62.1%	125 8.0%
	老健	526	173 32.9%	325 61.8%	28 5.3%
	介護医療院	248	86 34.7%	146 58.9%	16 6.5%

(4) 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「施設内」が 86.1%であった。

図表 3 - 1 - 35 事故発生の防止のための委員会の設置単位

		合計	施設内	経営母体の 法人	その他	エラー・ 無回答
	全体	2,330	2,006 86.1%	257 11.0%	27 1.2%	40 1.7%
施設種別	特養	1,556	1,391 89.4%	128 8.2%	10 0.6%	27 1.7%
	老健	526	475 90.3%	37 7.0%	7 1.3%	7 1.3%
	介護医療院	248	140 56.5%	92 37.1%	10 4.0%	6 2.4%

(5) 委員構成メンバーの職種

委員構成メンバーに「看護職員」が含まれている施設が 93.2%であった。特養では「生活相談員」が含まれている施設が 87.4%であった。老健では「リハビリテーション専門職」が含まれている施設が 87.1%であった。介護医療院では「医師」が含まれている施設が 85.1%であった。

図表 3 - 1 - 36 委員構成メンバーの職種（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,330	1,556	526	248
施設長	1,880 80.7%	1,325 85.2%	377 71.7%	178 71.8%
事務長	756 32.4%	314 20.2%	279 53.0%	163 65.7%
医師	623 26.7%	108 6.9%	304 57.8%	211 85.1%
看護職員	2,171 93.2%	1,421 91.3%	506 96.2%	244 98.4%
介護主任（介護リーダー）	1,679 72.1%	1,182 76.0%	388 73.8%	109 44.0%
現場リーダー（フロア/ユニットリーダー）	1,100 47.2%	887 57.0%	183 34.8%	30 12.1%
現場職員	1,360 58.4%	951 61.1%	317 60.3%	92 37.1%
介護支援専門員	1,733 74.4%	1,233 79.2%	360 68.4%	140 56.5%
機能訓練指導員	543 23.5%	543 34.9%		
リハビリテーション専門職	743 31.9%	96 6.2%	458 87.1%	189 76.2%
栄養士/管理栄養士	1,187 50.9%	762 49.0%	252 47.9%	173 69.8%
生活相談員	1,360 87.4%	1,360 87.4%		
薬剤師	182 7.8%		35 6.7%	147 59.3%
歯科衛生士	19 0.8%		10 1.9%	9 3.6%
支援相談員	423 54.7%		359 68.3%	64 25.8%
事務職員	570 24.5%	260 16.7%	169 32.1%	141 56.9%
その他	205 8.8%	142 9.1%	31 5.9%	32 12.9%
エラー・無回答	16 0.7%	12 0.8%	1 0.2%	3 1.2%

(6) 委員構成メンバーの外部有識者の職種

委員構成メンバーにおける外部有識者は「入っていない」が 79.0%であった。外部有識者のうち最も多かったのは「看護師」であり 3.0%であった。

図表 3 - 1 - 37 委員構成メンバーの外部有識者の職種（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,330	1,556	526	248
学識経験者	8 0.3%	6 0.4%	1 0.2%	1 0.4%
専門コンサルタント	7 0.3%	5 0.3%	1 0.2%	1 0.4%
医師	67 2.9%	53 3.4%	8 1.5%	6 2.4%
看護師	70 3.0%	46 3.0%	13 2.5%	11 4.4%
リハビリテーション専門職	21 0.9%	7 0.4%	9 1.7%	5 2.0%
弁護士	9 0.4%	6 0.4%	0 0.0%	3 1.2%
その他	28 1.2%	20 1.3%	2 0.4%	6 2.4%
入っていない	1,841 79.0%	1,201 77.2%	442 84.0%	198 79.8%
エラー・無回答	323 13.9%	231 14.8%	64 12.2%	28 11.3%

(7) 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94.6%、「施設全体の介護事故防止策に関する検討」が80.8%であった。

図表 3 - 1 - 38 委員会での検討事項（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,330	1,556	526	248
指針や指針に基づくマニュアル等の作成や見直し	1,333 57.2%	877 56.4%	299 56.8%	157 63.3%
施設全体の介護事故防止策に関する検討	1,883 80.8%	1,284 82.5%	412 78.3%	187 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	2,204 94.6%	1,463 94.0%	505 96.0%	236 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	1,817 78.0%	1,232 79.2%	403 76.6%	182 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	1,734 74.4%	1,156 74.3%	396 75.3%	182 73.4%
利用者一人一人のリスク評価	581 24.9%	389 25.0%	139 26.4%	53 21.4%
介護事故防止のための研修内容	1,417 60.8%	970 62.3%	297 56.5%	150 60.5%
その他	12 0.5%	7 0.4%	4 0.8%	1 0.4%
エラー・無回答	17 0.7%	12 0.8%	2 0.4%	3 1.2%

(8) 委員会での決定事項を職員へ周知する方法

委員会の検討を経て法人内/施設内での決定した事項を職員へ周知する方法は「文書（紙媒体）の配布・回覧・掲示による周知」が 78.5%、「施設内の定例の研修や会議を通じた周知」が 71.8%であった。

図表 3 - 1 - 39 委員会での決定事項を職員へ周知する方法（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,330	1,556	526	248
シフト交代時の業務連絡（朝礼等）を通じた周知	1,079 46.3%	665 42.7%	263 50.0%	151 60.9%
施設内の定例の研修や会議を通じた周知	1,672 71.8%	1,164 74.8%	342 65.0%	166 66.9%
特別の研修や会議を開催し、その場を通じて周知	484 20.8%	336 21.6%	104 19.8%	44 17.7%
文書（紙媒体）の配布・回覧・掲示による周知	1,828 78.5%	1,218 78.3%	415 78.9%	195 78.6%
デジタルツール（Eメール、グループウェア等）による周知	524 22.5%	364 23.4%	113 21.5%	47 19.0%
その他	21 0.9%	16 1.0%	3 0.6%	2 0.8%
職員への周知は行っていない	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
エラー・無回答	22 0.9%	15 1.0%	4 0.8%	3 1.2%

4. 事故防止のための研修について

(1) 研修の開催回数

令和 3 年度の施設内研修の平均開催回数は 2.6 回であった。

図表 3 - 1 - 40 研修の開催回数

単位：回	
	令和 3 年度の開催回数
全体（n=2350）	2.6
特養（n=1575）	2.7
老健（n=532）	2.3
介護医療院（n=243）	2.4

(2) 入職時研修の有無

入職時研修は「有」の施設が 80.4%であった。

図表 3 - 1 - 41 入職時研修の有無

		合計	有	無	エラー・ 無回答
	全体	2,232	1,795 80.4%	422 18.9%	15 0.7%
施設種別	特養	1,510	1,250 82.8%	249 16.5%	11 0.7%
	老健	494	375 75.9%	117 23.7%	2 0.4%
	介護医療院	228	170 74.6%	56 24.6%	2 0.9%

(3) 研修を受講した割合（常勤職員）

常勤職員のうち令和 3 年度中に研修を受講した者の割合は「8 割以上が受講」が 56.7%であり、「6 割上 8 割未満が受講」が 18.8%であった。

図表 3 - 1 - 42 研修を受講した割合（常勤職員）

		合計	8割以上が 受講	6割以上 8割未満が 受講	4割以上 6割未満が 受講	4割未満が 受講	エラー・ 無回答
	全体	2,232	1,265 56.7%	419 18.8%	305 13.7%	233 10.4%	10 0.4%
施設種別	特養	1,510	803 53.2%	296 19.6%	217 14.4%	186 12.3%	8 0.5%
	老健	494	297 60.1%	88 17.8%	70 14.2%	38 7.7%	1 0.2%
	介護医療院	228	165 72.4%	35 15.4%	18 7.9%	9 3.9%	1 0.4%

(4) 研修を受講した割合（非常勤職員）

非常勤職員のうち令和３年度中に研修を受講した者の割合は「８割以上が受講」が 38.6%であり、「４割未満が受講」が 25.5%であった。

図表 ３－１－４３ 研修を受講した割合（非常勤職員）

		合計	8割以上が 受講	6割以上 8割未満が 受講	4割以上 6割未満が 受講	4割未満が 受講	非常勤はい ない	エラー・ 無回答
	全体	2,232	862 38.6%	320 14.3%	257 11.5%	570 25.5%	174 7.8%	49 2.2%
施設種別	特養	1,510	528 35.0%	225 14.9%	176 11.7%	427 28.3%	122 8.1%	32 2.1%
	老健	494	205 41.5%	68 13.8%	66 13.4%	115 23.3%	32 6.5%	8 1.6%
	介護医療院	228	129 56.6%	27 11.8%	15 6.6%	28 12.3%	20 8.8%	9 3.9%

(5) 研修１回あたりの平均実施時間

研修１回あたりの平均実施時間は「１時間未満」が 70.2%であり、「１時間以上２時間未満」が 22.0%であった。

図表 ３－１－４４ 研修１回あたりの平均実施時間

		合計	1時間未満	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上	その他 (書面開催 等)	エラー・ 無回答
	全体	2,232	1,566 70.2%	490 22.0%	13 0.6%	9 0.4%	131 5.9%	23 1.0%
施設種別	特養	1,510	1,005 66.6%	389 25.8%	11 0.7%	8 0.5%	82 5.4%	15 1.0%
	老健	494	379 76.7%	75 15.2%	1 0.2%	1 0.2%	33 6.7%	5 1.0%
	介護医療院	228	182 79.8%	26 11.4%	1 0.4%	0 0.0%	16 7.0%	3 1.3%

(6) 研修の講師

研修の講師を「介護主任（介護リーダー）」が務める施設は 41.1%、「現場リーダー（フロア/ユニットリーダー）」が務める施設は 33.5%であった。介護医療院では「看護職員」が研修の講師を務める施設は 71.9%であった。

図表 3 - 1 - 45 研修の講師（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,232	1,510	494	228
施設長	322 14.4%	266 17.6%	38 7.7%	18 7.9%
事務長	102 4.6%	29 1.9%	55 11.1%	18 7.9%
医師	84 3.8%	9 0.6%	29 5.9%	46 20.2%
看護職員	679 30.4%	293 19.4%	222 44.9%	164 71.9%
機能訓練指導員	149 6.7%	138 9.1%	8 1.6%	3 1.3%
リハビリテーション専門職	271 12.1%	42 2.8%	190 38.5%	39 17.1%
介護主任（介護リーダー）	918 41.1%	655 43.4%	224 45.3%	39 17.1%
現場リーダー（フロア/ユニットリーダー）	747 33.5%	573 37.9%	149 30.2%	25 11.0%
介護のリスクマネジメントが専門の外部講師	190 8.5%	142 9.4%	42 8.5%	6 2.6%
医療安全が専門の外部講師	82 3.7%	32 2.1%	17 3.4%	33 14.5%
法学が専門の外部講師	14 0.6%	9 0.6%	3 0.6%	2 0.9%
他の分野が専門の外部講師	73 3.3%	48 3.2%	10 2.0%	15 6.6%
その他	727 32.6%	562 37.2%	111 22.5%	54 23.7%
エラー・無回答	12 0.5%	10 0.7%	0 0.0%	2 0.9%

(7) 研修内容

研修内容は「介護事故やヒヤリ・ハット等の発生時の対応」が 66.7%、「具体的な介護事故事例の分析」が 62.7%であった。

図表 3 - 1 - 46 研修内容（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,232	1,510	494	228
介護事故やヒヤリ・ハット等の定義	1,062 47.6%	735 48.7%	221 44.7%	106 46.5%
介護事故やヒヤリ・ハット等を報告する意義	1,073 48.1%	722 47.8%	230 46.6%	121 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	970 43.5%	643 42.6%	222 44.9%	105 46.1%
指針や指針に基づくマニュアル等の周知	788 35.3%	567 37.5%	139 28.1%	82 36.0%
介護事故やヒヤリ・ハット等の発生時の対応	1,488 66.7%	1,026 67.9%	325 65.8%	137 60.1%
業務内容ごとのケア手順（実技含む）	614 27.5%	426 28.2%	119 24.1%	69 30.3%
具体的な介護事故事例の分析	1,400 62.7%	954 63.2%	314 63.6%	132 57.9%
グループワークを通じたケーススタディ	732 32.8%	525 34.8%	164 33.2%	43 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	380 17.0%	258 17.1%	88 17.8%	34 14.9%
行政からの通知・事務連絡の内容の解説	233 10.4%	155 10.3%	48 9.7%	30 13.2%
その他	145 6.5%	96 6.4%	28 5.7%	21 9.2%
エラー・無回答	12 0.5%	11 0.7%	0 0.0%	1 0.4%

(8) 研修の実施に対する課題

研修の実施に対する課題は「研修時間を確保することや日時の調整が困難」が60.5%、「職員の理解度に差がある」が52.3%であった。

図表 3 - 1 - 47 研修の実施に対する課題（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,232	1,510	494	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	369 16.5%	239 15.8%	81 16.4%	49 21.5%
研修の講師を行う職員の負担が大きい	972 43.5%	634 42.0%	226 45.7%	112 49.1%
研修時間を確保することや日時の調整が困難	1,350 60.5%	931 61.7%	292 59.1%	127 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	713 31.9%	518 34.3%	152 30.8%	43 18.9%
職員の理解度に差がある	1,168 52.3%	821 54.4%	246 49.8%	101 44.3%
職員の理解度を評価することが困難	864 38.7%	571 37.8%	209 42.3%	84 36.8%
研修内容が実践に生かされていない	549 24.6%	379 25.1%	131 26.5%	39 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	378 16.9%	227 15.0%	98 19.8%	53 23.2%
その他	92 4.1%	63 4.2%	16 3.2%	13 5.7%
特に課題はない	63 2.8%	40 2.6%	17 3.4%	6 2.6%
エラー・無回答	11 0.5%	9 0.6%	1 0.2%	1 0.4%

5. 事故に起因する利用者・家族とのトラブルについて

介護事故に起因する利用者・家族とのトラブルについて行っている対策・防止策は「介護事故発生状況や対応した事項について、記録に残している」が 94.1%、「介護事故発生後、事故状況や対応した事項について、すぐに家族へ連絡している」が 93.4%であった。

図表 3 - 1 - 48 利用者・家族とのトラブルへの対策・防止策（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	253
利用開始時の契約書や説明書等に、 防ぐことが困難な介護事故のリスクに関する内容を盛り込んでいる	1,582 66.1%	1,000 62.5%	430 79.6%	152 60.1%
防ぐことが困難な介護事故のリスクについて、 利用者や家族に説明している	2,043 85.4%	1,373 85.8%	480 88.9%	190 75.1%
介護事故発生後、事故状況や対応した事項について、 すぐに家族へ連絡している	2,236 93.4%	1,514 94.6%	513 95.0%	209 82.6%
介護事故発生状況や対応した事項について、記録に残している	2,252 94.1%	1,524 95.3%	513 95.0%	215 85.0%
利用者・家族とのトラブルを未然に防ぐための対応方法について、 指針・マニュアル等に記載している	885 37.0%	571 35.7%	220 40.7%	94 37.2%
顧問弁護士の契約を締結するなど、弁護士等に相談ができる、 または弁護士等による介入を依頼できる体制を整備している	924 38.6%	624 39.0%	227 42.0%	73 28.9%
介護事故対応において、組織的な指示命令のもと、 迅速に対応する仕組みを構築している	1,291 53.9%	844 52.8%	306 56.7%	141 55.7%
身体拘束廃止の理念、方針、取組について、 利用者や家族に説明している	1,827 76.3%	1,221 76.3%	413 76.5%	193 76.3%
その他	13 0.5%	13 0.8%	0 0.0%	0 0.0%
対策・防止策は行っていない	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
利用者・家族とのトラブルはない	278 11.6%	182 11.4%	50 9.3%	46 18.2%
エラー・無回答	11 0.5%	7 0.4%	2 0.4%	2 0.8%

第4節. 事故情報及びヒヤリ・ハットの整理・分析・活用の状況

1. 事故情報及びヒヤリ・ハットの整理について

(1) 介護事故情報の記載様式

施設内で発生した介護事故情報は「施設独自の事故報告書に記載している」が78.7%、「市区町村で定めている事故報告書様式に記載している」が61.0%であった。

図表 3 - 1 - 49 介護事故情報の記載様式（複数回答）

		合計	市区町村で 定めている 事故報告 書様式に記 載している	施設独自の 事故報告 書に記載し ている	その他	エラー・無回 答
	全体	2,393	1,460 61.0%	1,884 78.7%	85 3.6%	5 0.2%
施設種別	特養	1,600	1,000 62.5%	1,267 79.2%	61 3.8%	4 0.3%
	老健	540	318 58.9%	416 77.0%	14 2.6%	1 0.2%
	介護医療院	253	142 56.1%	201 79.4%	10 4.0%	0 0.0%

(2) ヒヤリ・ハットとして報告対象とする範囲

施設内でヒヤリ・ハットとして報告対象とする範囲は「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」が 92.2%、「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」が 56.0%であった。

図表 3 - 1 - 50 ヒヤリ・ハットとして報告対象とする範囲（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	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	2,207 92.2%	1,495 93.4%	484 89.6%	228 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	1,339 56.0%	812 50.8%	320 59.3%	207 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	909 38.0%	479 29.9%	244 45.2%	186 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	970 40.5%	541 33.8%	237 43.9%	192 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	761 31.8%	412 25.8%	199 36.9%	150 59.3%
その他	47 2.0%	34 2.1%	6 1.1%	7 2.8%
報告対象にしているものはない	10 0.4%	7 0.4%	0 0.0%	3 1.2%
エラー・無回答	9 0.4%	6 0.4%	1 0.2%	2 0.8%

(3) ヒヤリ・ハットの報告様式の有無

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 96.5%であった。

図表 3 - 1 - 51 ヒヤリ・ハットの報告様式の有無

		合計	定めている	定めていない	エラー・無回答
施設種別	全体	2,393	2,310 96.5%	65 2.7%	18 0.8%
	特養	1,600	1,538 96.1%	51 3.2%	11 0.7%
	老健	540	530 98.1%	8 1.5%	2 0.4%
	介護医療院	253	242 95.7%	6 2.4%	5 2.0%

(4) ヒヤリ・ハット情報の記載形式

施設内で発生したヒヤリ・ハットの情報は「施設独自のヒヤリ・ハット報告書に記載している」が78.4%、「施設独自の事故報告書に記載している」が29.7%であった。

図表 3 - 1 - 52 ヒヤリ・ハット情報の記載形式（複数回答）

		合計	市区町村で 定めている 事故報告 書様式に項 目を合わせ て記載して いる	施設独自の 事故報告 書に記載し ている	施設独自の ヒヤリ・ハット 報告書に記 載している	その他	記載してい ない	エラー・無回 答
施設種別	全体	2,393	232 9.7%	710 29.7%	1,876 78.4%	154 6.4%	7 0.3%	9 0.4%
	特養	1,600	120 7.5%	386 24.1%	1,261 78.8%	119 7.4%	6 0.4%	5 0.3%
	老健	540	68 12.6%	188 34.8%	426 78.9%	28 5.2%	0 0.0%	2 0.4%
	介護医療院	253	44 17.4%	136 53.8%	189 74.7%	7 2.8%	1 0.4%	2 0.8%

2. 事故情報及びヒヤリ・ハットの分析について

(1) 介護事故およびヒヤリ・ハットの情報の分析方法

発生した介護事故およびヒヤリ・ハットの情報の分析方法については「介護事故やヒヤリ・ハット等の件数を集計している」が 89.4%、「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」が 69.9%であった。

図表 3 - 1 - 53 介護事故およびヒヤリ・ハットの情報の分析方法（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	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	1,418 59.3%	936 58.5%	317 58.7%	165 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	1,650 69.0%	1,090 68.1%	363 67.2%	197 77.9%
介護事故やヒヤリ・ハット等の件数を集計している	2,139 89.4%	1,440 90.0%	485 89.8%	214 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	1,672 69.9%	1,095 68.4%	400 74.1%	177 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	435 18.2%	257 16.1%	133 24.6%	45 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	1,204 50.3%	829 51.8%	285 52.8%	90 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	1,175 49.1%	796 49.8%	289 53.5%	90 35.6%
その他	21 0.9%	10 0.6%	9 1.7%	2 0.8%
分析していない	24 1.0%	20 1.3%	2 0.4%	2 0.8%
エラー・無回答	9 0.4%	7 0.4%	1 0.2%	1 0.4%

(2) 原因分析及び再発防止策検討を主に担当している職種

介護事故情報およびヒヤリ・ハットの情報を基に原因分析及び再発防止策検討を主に担当している方の職種は「介護主任（介護リーダー）」が 65.1%、「看護職員」が 63.4%であった。特養では「生活相談員」が 66.8%であった。

図表 3 - 1 - 54 原因分析及び再発防止策検討を主に担当している職種（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,360	1,573	537	250
施設長	824 34.9%	602 38.3%	143 26.6%	79 31.6%
事務長	286 12.1%	106 6.7%	117 21.8%	63 25.2%
医師	249 10.6%	26 1.7%	117 21.8%	106 42.4%
看護職員	1,496 63.4%	843 53.6%	411 76.5%	242 96.8%
介護主任（介護リーダー）	1,536 65.1%	1,092 69.4%	361 67.2%	83 33.2%
現場リーダー（フロア/ユニットリーダー）	1,084 45.9%	857 54.5%	196 36.5%	31 12.4%
現場職員	1,114 47.2%	761 48.4%	273 50.8%	80 32.0%
介護支援専門員	1,227 52.0%	897 57.0%	241 44.9%	89 35.6%
機能訓練指導員	343 21.8%	343 21.8%		
リハビリテーション専門職	484 20.5%	58 3.7%	325 60.5%	101 40.4%
栄養士/管理栄養士	499 21.1%	320 20.3%	114 21.2%	65 26.0%
生活相談員	1,050 66.8%	1,050 66.8%		
薬剤師	82 10.4%		17 3.2%	65 26.0%
歯科衛生士	15 1.9%		9 1.7%	6 2.4%
支援相談員	237 30.1%		214 39.9%	23 9.2%
事務職員	212 9.0%	93 5.9%	65 12.1%	54 21.6%
その他	147 6.2%	109 6.9%	21 3.9%	17 6.8%
分析していない	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
エラー・無回答	10 0.4%	6 0.4%	4 0.7%	0 0.0%

3. 事故情報及びヒヤリ・ハットの活用について

(1) 介護事故やヒヤリ・ハットの情報の活用方法

介護事故やヒヤリ・ハット等の情報の活用については「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」が 92.8%、「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」が 43.7%であった。

図表 3 - 1 - 55 介護事故やヒヤリ・ハットの情報の活用方法（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	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	2,221 92.8%	1,485 92.8%	500 92.6%	236 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	1,020 42.6%	648 40.5%	236 43.7%	136 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	793 33.1%	492 30.8%	177 32.8%	124 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	1,046 43.7%	710 44.4%	239 44.3%	97 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	52 2.2%	38 2.4%	8 1.5%	6 2.4%
その他	29 1.2%	24 1.5%	4 0.7%	1 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	16 0.7%	12 0.8%	1 0.2%	3 1.2%
エラー・無回答	11 0.5%	7 0.4%	3 0.6%	1 0.4%

(2) 介護事故防止に向けた対策や取組で効果をあげたもの

介護事故防止に向けた対策や取組で効果をあげたものは「発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討」が 72.6%、「発生したヒヤリ・ハットの原因究明や再発防止策の検討」が 52.1%、「介護事故に関する施設全体の研修の実施」が 40.7%であった。

図表 3 - 1 - 56 介護事故防止に向けた対策や取組で効果をあげたもの（上位 3 つまで）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	253
介護事故に関する施設全体の研修の実施	973 40.7%	658 41.1%	211 39.1%	104 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	307 12.8%	238 14.9%	49 9.1%	20 7.9%
介護事故に関する研修（施設外）への参加	219 9.2%	158 9.9%	38 7.0%	23 9.1%
指針・マニュアル等の整備・見直し	270 11.3%	165 10.3%	63 11.7%	42 16.6%
発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討	1,738 72.6%	1,218 76.1%	371 68.7%	149 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	1,246 52.1%	803 50.2%	285 52.8%	158 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	665 27.8%	386 24.1%	191 35.4%	88 34.8%
他施設の介護事故防止策事例などの情報収集	112 4.7%	70 4.4%	26 4.8%	16 6.3%
見守り支援機器等の導入や機器・用具等の見直し	718 30.0%	503 31.4%	157 29.1%	58 22.9%
その他	23 1.0%	18 1.1%	3 0.6%	2 0.8%
効果をあげたものはない	28 1.2%	14 0.9%	13 2.4%	1 0.4%
介護事故防止の対策は実施していない	1 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%
エラー・無回答	11 0.5%	9 0.6%	1 0.2%	1 0.4%

(3) 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は「人手不足により利用者の安全確保が難しい」が 39.6%、「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」が 38.7%であった。

図表 3 - 1 - 57 事故防止のための施設の課題（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	253
介護事故発生のための指針が現場に浸透していない	675 28.2%	472 29.5%	146 27.0%	57 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	722 30.2%	478 29.9%	176 32.6%	68 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	381 15.9%	276 17.3%	85 15.7%	20 7.9%
施設内の安全対策部門が十分に機能していない	292 12.2%	196 12.3%	69 12.8%	27 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	223 9.3%	155 9.7%	52 9.6%	16 6.3%
安全対策担当者の能力が不足している	170 7.1%	112 7.0%	43 8.0%	15 5.9%
職員の介護技術が不足している	785 32.8%	589 36.8%	142 26.3%	54 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	925 38.7%	591 36.9%	241 44.6%	93 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	443 18.5%	313 19.6%	95 17.6%	35 13.8%
人手不足により利用者の安全確保が難しい	947 39.6%	616 38.5%	251 46.5%	80 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	73 3.1%	47 2.9%	23 4.3%	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	280 11.7%	184 11.5%	66 12.2%	30 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	276 11.5%	204 12.8%	56 10.4%	16 6.3%
その他	128 5.3%	88 5.5%	23 4.3%	17 6.7%
課題はない	90 3.8%	56 3.5%	14 2.6%	20 7.9%
エラー・無回答	22 0.9%	17 1.1%	2 0.4%	3 1.2%

第5節. 市区町村への事故報告状況

1. 市区町村への事故報告書様式について

(1) 事故報告書の市区町村への提出様式

事故報告書を市区町村へ提出する際の様式が、厚労省より示された事故報告書標準様式である（「はい」）の施設は 72.6%であった。

図表 3 - 1 - 58 市区町村への提出様式が事故報告書標準様式か否か

		合計	はい	いいえ	わからない	エラー・無回答
	全体	2,393	1,737 72.6%	556 23.2%	76 3.2%	24 1.0%
施設種別	特養	1,600	1,189 74.3%	365 22.8%	29 1.8%	17 1.1%
	老健	540	391 72.4%	125 23.1%	18 3.3%	6 1.1%
	介護医療院	253	157 62.1%	66 26.1%	29 11.5%	1 0.4%

(2) 事故報告書標準様式の設問項目の量

市区町村に提出している様式は事故報告書標準様式（厚労省）である施設について、事故報告書標準様式（厚労省）の設問項目の量は「適切」が 70.9%であり、「やや多い」が 21.7%であった。

図表 3 - 1 - 59 事故報告書標準様式の設問項目の量

		合計	とても多い	やや多い	適切	やや少ない	とても少ない	エラー・無回答
	全体	1,737	47 2.7%	377 21.7%	1,232 70.9%	9 0.5%	1 0.1%	71 4.1%
施設種別	特養	1,189	30 2.5%	245 20.6%	860 72.3%	7 0.6%	0 0.0%	47 4.0%
	老健	391	11 2.8%	99 25.3%	259 66.2%	2 0.5%	1 0.3%	19 4.9%
	介護医療院	157	6 3.8%	33 21.0%	113 72.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 3.2%

(3) 事故報告書標準様式の設問項目のうち、記載が不要であると思うもの

事故報告書標準様式（厚労省）の設問項目のうち、「不要な項目はない」が 82.8%であった。
記載が不要である（活用が想定できない）と思うものは「事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）」が 4.5%、「対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況）」が 4.5%であった。

図表 3 - 1 - 60 事故報告書標準様式の設問項目のうち、記載が不要であると思うもの
（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	1,737	1,189	391	157
事故状況の程度	35 2.0%	27 2.3%	6 1.5%	2 1.3%
事業所の概要 （法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）	78 4.5%	49 4.1%	23 5.9%	6 3.8%
対象者情報 （氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況）	78 4.5%	50 4.2%	20 5.1%	8 5.1%
事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況）	23 1.3%	20 1.7%	2 0.5%	1 0.6%
事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等）	39 2.2%	26 2.2%	9 2.3%	4 2.5%
事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関、本人、家族、関係先等への追加対応予定）	59 3.4%	44 3.7%	11 2.8%	4 2.5%
事故の要因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）	38 2.2%	27 2.3%	7 1.8%	4 2.5%
再発防止策（手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等）	52 3.0%	38 3.2%	9 2.3%	5 3.2%
不要な項目はない	1,438 82.8%	986 82.9%	321 82.1%	131 83.4%
エラー・無回答	58 3.3%	40 3.4%	10 2.6%	8 5.1%

2. 市区町村への介護事故報告方法について

(1) 市区町村に事故報告書を提出する方法

施設から市区町村に事故報告書を提出する方法は「窓口手渡し」が43.2%、「郵送」が35.2%であった。

図表 3 - 1 - 61 市区町村に事故報告書を提出する方法（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	253
電子メール	769 32.1%	537 33.6%	172 31.9%	60 23.7%
電話	432 18.1%	298 18.6%	83 15.4%	51 20.2%
郵送	843 35.2%	559 34.9%	184 34.1%	100 39.5%
FAX	518 21.6%	317 19.8%	137 25.4%	64 25.3%
窓口手渡し	1,034 43.2%	739 46.2%	221 40.9%	74 29.2%
Web上の申請システム	61 2.5%	42 2.6%	15 2.8%	4 1.6%
その他	12 0.5%	10 0.6%	2 0.4%	0 0.0%
報告書を提出していない	42 1.8%	5 0.3%	6 1.1%	31 12.3%
エラー・無回答	20 0.8%	13 0.8%	4 0.7%	3 1.2%

(2) 市区町村へ提出する事故報告書を主に記載する職種

市区町村へ提出する事故報告書を主に記載する人の職種は、特養では「生活相談員」が 51.2%であった。老健では「支援相談員」が 20.9%、「看護職員」が 16.1%であった。介護医療院では「看護職員」が 33.2%、「介護支援専門員」が 14.6%であった。

図表 3 - 1 - 62 市区町村へ提出する事故報告書を主に記載する職種

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	253
介護事故の第一発見者	186 7.8%	99 6.2%	63 11.7%	24 9.5%
現場リーダー（フロア/ユニットリーダー）	77 3.2%	34 2.1%	17 3.1%	26 10.3%
介護主任（介護リーダー）	163 6.8%	119 7.4%	41 7.6%	3 1.2%
看護職員	179 7.5%	8 0.5%	87 16.1%	84 33.2%
機能訓練指導員	3 0.2%	3 0.2%		
リハビリテーション専門職	8 0.3%	0 0.0%	7 1.3%	1 0.4%
介護支援専門員	241 10.1%	150 9.4%	54 10.0%	37 14.6%
生活相談員	819 51.2%	819 51.2%		
支援相談員	117 14.8%		113 20.9%	4 1.6%
施設長	153 6.4%	122 7.6%	14 2.6%	17 6.7%
その他	237 9.9%	97 6.1%	101 18.7%	39 15.4%
エラー・無回答	210 8.8%	149 9.3%	43 8.0%	18 7.1%

(3) 介護事故件数の直近 5 年間の傾向

施設における介護事故件数（ヒヤリ・ハット件数含む）は直近 5 年間で「変わらない」が 56.3%、「減少傾向にある」が 27.2%であった。

図表 3 - 1 - 63 介護事故件数（ヒヤリ・ハット件数含む）の直近 5 年間の傾向

		合計	減少傾向に ある	変わらない	増加傾向に ある	エラー・ 無回答
施設種別	全体	2,393	650 27.2%	1,348 56.3%	324 13.5%	71 3.0%
	特養	1,600	435 27.2%	899 56.2%	223 13.9%	43 2.7%
	老健	540	137 25.4%	314 58.1%	72 13.3%	17 3.1%
	介護医療院	253	78 30.8%	135 53.4%	29 11.5%	11 4.3%

(4) 介護事故件数が減少した要因

介護事故件数（ヒヤリ・ハット件数含む）が「減少傾向にある」と回答した施設について、減少した要因として考えられるものは「発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討」が67.8%、「発生したヒヤリ・ハットの原因究明や再発防止策の検討」が61.1%であった。

図表 3 - 1 - 64 介護事故件数（ヒヤリ・ハット件数含む）が減少した要因（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	650	435	137	78
安全対策担当者の配置	109 16.8%	62 14.3%	35 25.5%	12 15.4%
介護事故に関する研修（施設外）への参加	83 12.8%	54 12.4%	20 14.6%	9 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	115 17.7%	75 17.2%	26 19.0%	14 17.9%
介護事故発生防止のための委員会の設置・運営	198 30.5%	141 32.4%	37 27.0%	20 25.6%
介護事故に関する施設全体の研修の実施	221 34.0%	147 33.8%	50 36.5%	24 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	84 12.9%	64 14.7%	14 10.2%	6 7.7%
発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討	441 67.8%	307 70.6%	84 61.3%	50 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	397 61.1%	265 60.9%	78 56.9%	54 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	221 34.0%	144 33.1%	49 35.8%	28 35.9%
他施設の介護事故防止策事例などの情報収集	47 7.2%	30 6.9%	8 5.8%	9 11.5%
見守り支援機器等の導入や機器・用具等の見直し	236 36.3%	172 39.5%	50 36.5%	14 17.9%
入居者属性の変化	143 22.0%	103 23.7%	26 19.0%	14 17.9%
職員体制の変化（人数・スキル等）	112 17.2%	75 17.2%	28 20.4%	9 11.5%
安全対策に対する職員の意識・自覚の高まり	246 37.8%	164 37.7%	48 35.0%	34 43.6%
新型コロナウイルスの影響	59 9.1%	41 9.4%	16 11.7%	2 2.6%
その他	36 5.5%	25 5.7%	9 6.6%	2 2.6%
わからない	7 1.1%	6 1.4%	1 0.7%	0 0.0%
エラー・無回答	5 0.8%	3 0.7%	1 0.7%	1 1.3%

3. 市区町村からの支援状況について

(1) 市区町村から得ている支援

介護事故防止や再発防止に関する市区町村からの支援について、「市区町村からの支援は得ていない」が 59.0%であった。市区町村から得ている支援は「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」が 14.6%であった。

図表 3 - 1 - 65 市区町村から得ている支援（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	253
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	350 14.6%	250 15.6%	78 14.4%	22 8.7%
施設で発生した介護事故の 原因分析にかかる助言	159 6.6%	120 7.5%	29 5.4%	10 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	250 10.4%	174 10.9%	55 10.2%	21 8.3%
自治体内の介護事故の 集計・分析結果の共有・説明	160 6.7%	121 7.6%	25 4.6%	14 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	53 2.2%	33 2.1%	12 2.2%	8 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	67 2.8%	42 2.6%	22 4.1%	3 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	178 7.4%	123 7.7%	36 6.7%	19 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	261 10.9%	188 11.8%	51 9.4%	22 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	61 2.5%	42 2.6%	13 2.4%	6 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	49 2.0%	33 2.1%	13 2.4%	3 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	46 1.9%	31 1.9%	11 2.0%	4 1.6%
その他	39 1.6%	21 1.3%	8 1.5%	10 4.0%
市区町村からの支援は得ていない	1,411 59.0%	917 57.3%	338 62.6%	156 61.7%
エラー・無回答	108 4.5%	78 4.9%	13 2.4%	17 6.7%

(2) 市区町村から得られると有用な支援

介護事故防止や再発防止に関して、市区町村から得られると有用な支援は「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 56.2%、「自施設の介護事故発生状況に適した外部研修の案内」が 34.6%であった。

図表 3 - 1 - 66 市区町村から得られると有用な支援（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	253
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	814 34.0%	523 32.7%	200 37.0%	91 36.0%
施設で発生した介護事故の原因分析にかかる助言	475 19.8%	320 20.0%	106 19.6%	49 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	659 27.5%	442 27.6%	144 26.7%	73 28.9%
自治体内の介護事故の集計・分析結果の共有・説明	623 26.0%	415 25.9%	139 25.7%	69 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	785 32.8%	541 33.8%	180 33.3%	64 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	735 30.7%	467 29.2%	187 34.6%	81 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	1,345 56.2%	915 57.2%	299 55.4%	131 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	828 34.6%	548 34.3%	187 34.6%	93 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	465 19.4%	291 18.2%	112 20.7%	62 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	298 12.5%	195 12.2%	76 14.1%	27 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	531 22.2%	335 20.9%	142 26.3%	54 21.3%
その他	31 1.3%	22 1.4%	8 1.5%	1 0.4%
市区町村からの支援は必要ない	98 4.1%	71 4.4%	18 3.3%	9 3.6%
わからない	204 8.5%	115 7.2%	55 10.2%	34 13.4%
エラー・無回答	66 2.8%	46 2.9%	12 2.2%	8 3.2%

(3) 市区町村への事故報告における課題

施設から市区町村への介護事故報告にあたり、感じている課題は「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」が 34.4%、「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」が 33.8%であった。

図表 3 - 1 - 67 市区町村への事故報告における課題（複数回答）

	施設種別			
	全体	特養	老健	介護医療院
合計	2,393	1,600	540	253
介護事故の事実確認に時間がかかる	630 26.3%	447 27.9%	140 25.9%	43 17.0%
市区町村指定の事故報告書の作成に慣れていない	269 11.2%	136 8.5%	84 15.6%	49 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	822 34.4%	576 36.0%	177 32.8%	69 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	196 8.2%	120 7.5%	60 11.1%	16 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	343 14.3%	230 14.4%	85 15.7%	28 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）	419 17.5%	275 17.2%	107 19.8%	37 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	808 33.8%	559 34.9%	190 35.2%	59 23.3%
その他	82 3.4%	51 3.2%	20 3.7%	11 4.3%
特に無い	565 23.6%	351 21.9%	122 22.6%	92 36.4%
エラー・無回答	65 2.7%	45 2.8%	11 2.0%	9 3.6%

第2章. 市区町村票の結果

第1節. 市区町村の基本情報

1. 回収状況

アンケートは1,630市区町村に通知し、回収数は801件、回収率は49.1%であった。なお、アンケート通知は1,630市区町村に加え、広域連合（57箇所）にも通知を行った。また、回収数の中には広域連合からの回答も含んでいる。（広域連合からの回答も1市区町村数として集計）

図表 3 - 2 - 1 市区町村票の回収状況

アンケート通知数	回収数	回収率
1,630	801	49.1%

2. 人口規模

回答市区町村のうち、総人口に占める65歳以上の比率は、「25%未満」が12.0%、「25～30%未満」が19.6%、「30～35%未満」が23.0%、「35%以上」が45.2%であった。

図表 3 - 2 - 2 総人口に占める65歳以上の比率

合計	801
25%未満	96 12.0%
25～30%未満	157 19.6%
30～35%未満	184 23.0%
35%以上	362 45.2%

3. 自治体内の施設数

回答市区町村内に所在する特養施設数は「5未満」が55.7%、「5以上～10未満」が22.3%であった。回答市区町村内に所在する老健施設数は「5未満」が81.3%であった。回答市区町村内に所在する介護医療院施設数は「5未満」が96.1%であった。

図表 3 - 2 - 3 市区町村内の施設数

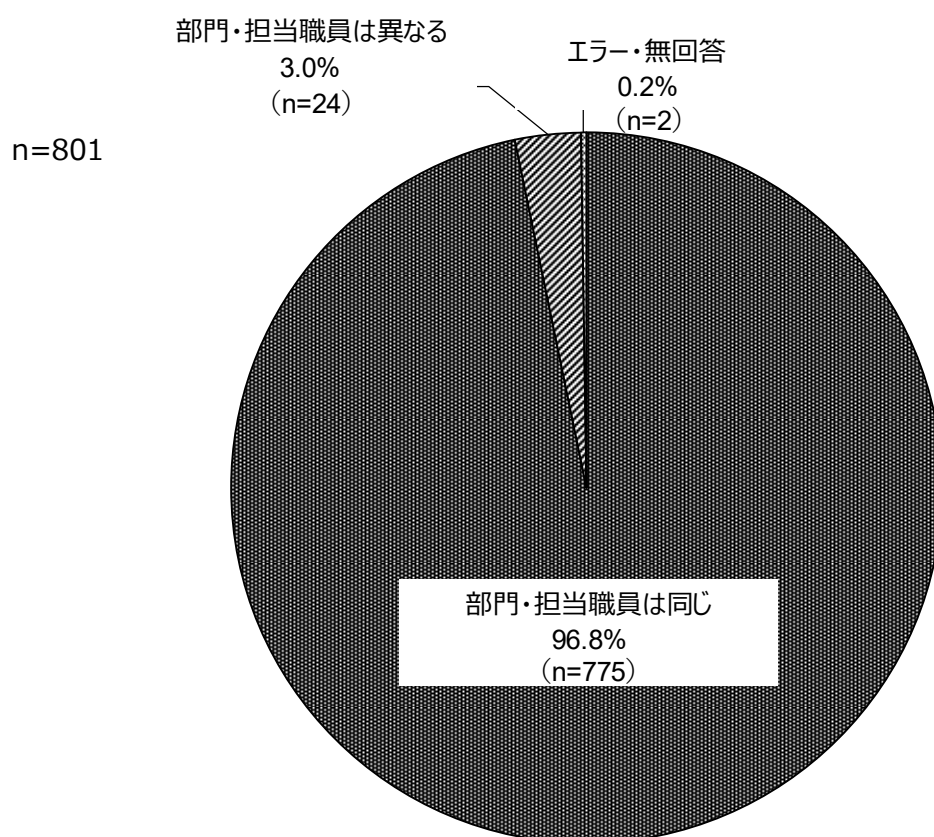
		合計	5未満	5以上～ 10未満	10以上
施設種別	特養	801	446 55.7%	179 22.3%	172 21.5%
	老健	801	651 81.3%	90 11.2%	50 6.2%
	介護医療院	801	770 96.1%	12 1.5%	4 0.5%
	その他の介護 サービス事業	801	104 13.5%	59 7.7%	594 77.1%

4. リスクマネジメント担当者について

(1) 介護事故を取り扱う担当部門・担当職員

介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う部門・担当職員と、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・担当職員に関して、「部門・担当職員は同じ」が 96.8%であった。

図表 3 - 2 - 4 介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う部門・担当職員と、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



(2) 介護事故を取り扱う部門・担当職員が同じ場合の介護事故担当職員数

介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う担当職員数は、令和3年度介護報酬改定前は平均 1.90 人であったが、令和3年度介護報酬改定後は平均 1.92 人であった。

図表 3 - 2 - 5 介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う担当職員数
(介護事故を取り扱う部門・担当職員が同じ場合)

全市区町村の平均値

単位：人

令和3年度介護報酬改定前 (n=761)	1.90
令和3年度介護報酬改定後 (n=762)	1.92

(3) 介護事故を取り扱う部門・担当職員が異なる場合の介護事故担当職員数

介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う担当職員数は、令和3年度介護報酬改定前で平均2.79人であったが、令和3年度介護報酬改定後で平均2.71人であった。また、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担当職員数は、令和3年度介護報酬改定前で平均5.25人であったが、令和3年度介護報酬改定後で平均5.46人であった。

図表 3 - 2 - 6 介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う担当職員数
(介護事故を取り扱う部門・担当職員が異なる場合)

介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う担当職員数

単位：人

令和3年度介護報酬改定前 (n=24)	2.79
令和3年度介護報酬改定後 (n=24)	2.71

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担当職員数

単位：人

令和3年度介護報酬改定前 (n=24)	5.25
令和3年度介護報酬改定後 (n=24)	5.46

第2節. 施設から受けている事故報告について

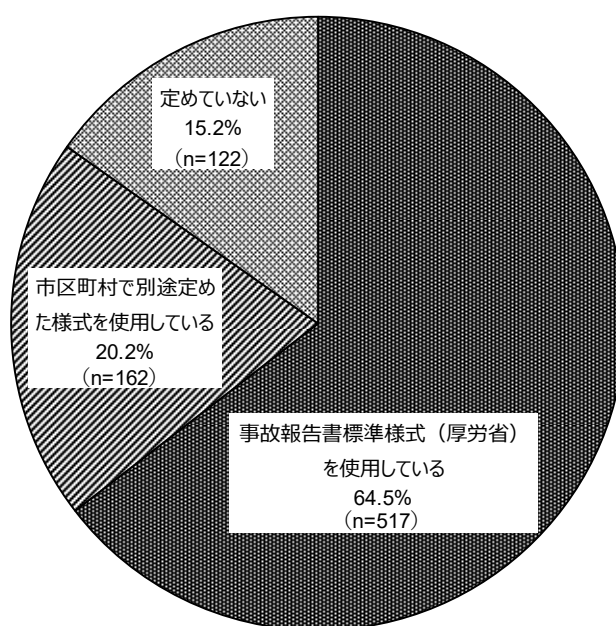
1. 事故報告様式について

(1) 事業所から市区町村への報告様式・書式の定め

「事故報告書標準様式（厚労省）」を使用している」が 64.5%、「市区町村で別途定めた様式を使用している」が 20.2%であった。

図表 3 - 2 - 7 施設からの市区町村への報告様式・書式の定め

n=801

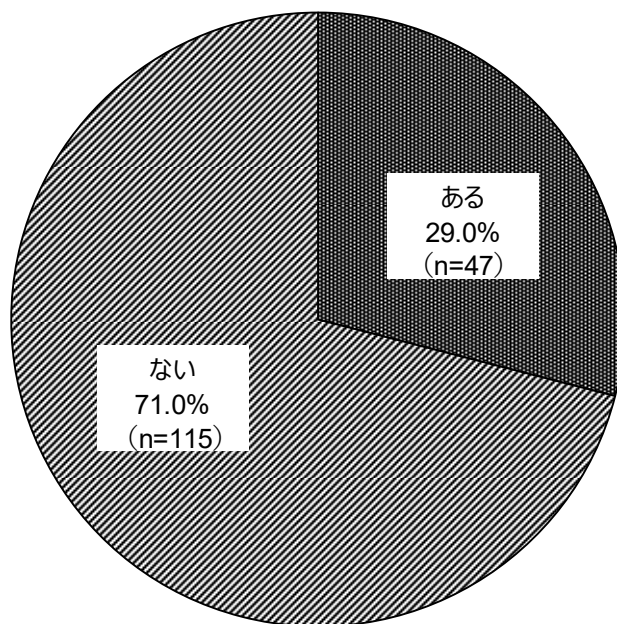


(2) 事故報告書標準様式（厚労省）への移行予定

「市区町村で別途定めた様式を使用している」と回答した市区町村のうち、今後事故報告書標準様式（厚労省）へ移行予定が「ある」と回答したのは 29.0%であった。

図表 3 - 2 - 8 事故報告書標準様式（厚労省）への移行予定

n=162



(3) 各項目回答欄の記入状況

事故報告書標準様式（厚労省）について、「再発防止策」を除いた項目では回答欄を全て記入した上で市区町村へ提出する施設が「ほぼすべて」と回答した市区町村が 90%を超えており、「再発防止策」においては「ほぼすべて」と回答した市区町村が 89.4%であった。

図表 3 - 2 - 9 事故報告書標準様式（厚労省）について各項目の回答欄を全て記入した上で市区町村へ提出している施設数の程度

	合計	ほぼすべて	半数以上	半数未満	ほとんどない
事故状況の程度	517	503 97.3%	14 2.7%	0 0.0%	0 0.0%
事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）	517	505 97.7%	12 2.3%	0 0.0%	0 0.0%
対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体	517	501 96.9%	16 3.1%	0 0.0%	0 0.0%
事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況）	517	508 98.3%	9 1.7%	0 0.0%	0 0.0%
事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等）	517	501 96.9%	16 3.1%	0 0.0%	0 0.0%
事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関	517	486 94.0%	27 5.2%	4 0.8%	0 0.0%
事故の原因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）	517	467 90.3%	48 9.3%	2 0.4%	0 0.0%
再発防止策（手順変更、環境変更、再発防止策の評価時期および結果	517	462 89.4%	53 10.3%	2 0.4%	0 0.0%

(4) 各項目の回答欄の量

事故報告書標準様式（厚労省）について、回答欄の量は各項目において「適切」と回答した市区町村が85%を超えていた。

図表 3 - 2 - 10 事故報告書標準様式（厚労省）の各項目の回答欄の量

	合計	とても少ない	やや少ない	適切	やや多い	とても多い
事故状況の程度	517	3 0.6%	12 2.3%	493 95.4%	6 1.2%	3 0.6%
事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）	517	3 0.6%	10 1.9%	491 95.0%	10 1.9%	3 0.6%
対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体	517	4 0.8%	25 4.8%	474 91.7%	11 2.1%	3 0.6%
事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況）	517	4 0.8%	29 5.6%	477 92.3%	4 0.8%	3 0.6%
事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等）	517	3 0.6%	24 4.6%	477 92.3%	9 1.7%	4 0.8%
事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関	517	6 1.2%	38 7.4%	461 89.2%	8 1.5%	4 0.8%
事故の原因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）	517	5 1.0%	56 10.8%	446 86.3%	6 1.2%	4 0.8%
再発防止策（手順変更、環境変更、再発防止策の評価時期および結果	517	7 1.4%	60 11.6%	441 85.3%	5 1.0%	4 0.8%

(5) 「4. 事故の概要」回答の活用状況

事故報告書標準様式（厚労省）の「4. 事故の概要」回答の活用状況について、「集計・分析している」と回答した市区町村が 45.8%であった。

図表 3 - 2 - 11 事故報告書標準様式（厚労省）「4. 事故の概要」回答の活用状況
（複数回答）

合計	517
集計・分析している	237 45.8%
各施設で発生した介護事故の個別情報を施設への支援に活用している	121 23.4%
集計・分析した情報を都道府県へ報告している	63 12.2%
各施設で発生した介護事故の個別情報を都道府県へ報告している	118 22.8%
その他	49 9.5%
活用していない	100 19.3%
活用しているかわからない	22 4.3%

(6) 「4. 事故の概要」回答欄の評価

事故報告書標準様式（厚労省）「4. 事故の概要」の回答欄について、いずれの項目についても「そう思う」「ややそう思う」と回答した市区町村が 65%以上であった。

図表 3 - 2 - 12 事故報告標準様式（厚労省）「4. 事故の概要」回答欄の評価

	合計	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	ややそう思わない	そう思わない
項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか	517	185 35.8%	187 36.2%	113 21.9%	25 4.8%	7 1.4%
項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか	517	180 34.8%	208 40.2%	108 20.9%	17 3.3%	4 0.8%
項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか	517	156 30.2%	188 36.4%	154 29.8%	17 3.3%	2 0.4%
項目内の回答事項は、都道府県への報告を行う上で必要な情報が得られますか	517	177 34.2%	185 35.8%	142 27.5%	9 1.7%	4 0.8%

(7) 「5. 事故発生時の対応」回答の活用状況

事故報告書標準様式（厚労省）の「5. 事故発生時の対応」回答の活用状況について、「集計・分析している」と回答した市区町村が 36.2%であった。

図表 3 - 2 - 13 事故報告書標準様式（厚労省）「5. 事故発生時の対応」回答の活用状況
（複数回答）

合計	517
集計・分析している	187 36.2%
各施設で発生した介護事故の個別情報を施設への支援に活用している	116 22.4%
集計・分析した情報を都道府県へ報告している	35 6.8%
各施設で発生した介護事故の個別情報を都道府県へ報告している	108 20.9%
その他	38 7.4%
活用していない	138 26.7%
活用しているかわからない	25 4.8%

(8) 「5. 事故発生時の対応」回答欄の評価

事故報告書標準様式（厚労省）「5. 事故発生時の対応」の回答欄について、いずれの項目についても「そう思う」「ややそう思う」と回答した市区町村が 65%以上であった。

図表 3 - 2 - 14 事故報告標準様式（厚労省）「5. 事故発生時の対応」回答欄の評価

	合計	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	ややそう思わない	そう思わない
項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか	517	173 33.5%	185 35.8%	130 25.1%	22 4.3%	7 1.4%
項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか	517	167 32.3%	215 41.6%	118 22.8%	13 2.5%	4 0.8%
項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか	517	151 29.2%	190 36.8%	166 32.1%	6 1.2%	4 0.8%
項目内の回答事項は、都道府県への報告を行う上で必要な情報が得られま	517	165 31.9%	183 35.4%	161 31.1%	4 0.8%	4 0.8%

(9) 「6. 事故発生時の状況」回答の活用状況

事故報告書標準様式（厚労省）の「6. 事故発生時の状況」回答の活用状況について、「活用していない」と回答した市区町村が 36.8%、「集計・分析している」が 24.0%であった。

図表 3 - 2 - 15 事故報告書標準様式（厚労省）「6. 事故発生時の状況」回答の活用状況
（複数回答）

合計	517
集計・分析している	124 24.0%
各施設で発生した介護事故の個別情報を施設への支援に活用している	107 20.7%
集計・分析した情報を都道府県へ報告している	17 3.3%
各施設で発生した介護事故の個別情報を都道府県へ報告している	104 20.1%
その他	32 6.2%
活用していない	190 36.8%
活用しているかわからない	26 5.0%

(10) 「6. 事故発生時の状況」回答欄の評価

事故報告書標準様式（厚労省）「6. 事故発生時の状況」の回答欄について、いずれの項目についても「そう思う」「ややそう思う」と回答した市区町村が 60%以上であった。

図表 3 - 2 - 16 事故報告標準様式（厚労省）「6. 事故発生時の状況」回答欄の評価

	合計	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	ややそう思わない	そう思わない
項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか	517	161 31.1%	176 34.0%	144 27.9%	29 5.6%	7 1.4%
項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか	517	152 29.4%	203 39.3%	137 26.5%	21 4.1%	4 0.8%
項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか	517	141 27.3%	188 36.4%	171 33.1%	12 2.3%	5 1.0%
項目内の回答事項は、都道府県への報告を行う上で必要な情報が得られま	517	151 29.2%	179 34.6%	174 33.7%	8 1.5%	5 1.0%

(11) 「7. 事故の要因分析」回答の活用状況

事故報告書標準様式（厚労省）の「7. 事故の要因分析」回答の活用状況について、「回答していない」と回答した市区町村が 34.4%、「集計・分析している」と回答した市区町村が 24.0%であった。

図表 3 - 2 - 17 事故報告書標準様式（厚労省）「7. 事故の要因分析」回答の活用状況
（複数回答）

合計	517
集計・分析している	124 24.0%
各施設で発生した介護事故の個別情報を施設への支援に活用している	118 22.8%
集計・分析した情報を都道府県へ報告している	18 3.5%
各施設で発生した介護事故の個別情報を都道府県へ報告している	99 19.1%
その他	31 6.0%
活用していない	178 34.4%
活用しているかわからない	27 5.2%

(12) 「7. 事故の原因分析」回答欄の評価

事故報告書標準様式（厚労省）「7. 事故の原因分析」の回答欄について、いずれの項目についても「そう思う」「ややそう思う」と回答した市区町村が 55%以上であった。

図表 3 - 2 - 18 事故報告標準様式（厚労省）「7. 事故の原因分析」回答欄の評価

	合計	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	ややそう思わない	そう思わない
項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか	517	133 25.7%	156 30.2%	160 30.9%	50 9.7%	18 3.5%
項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか	517	141 27.3%	191 36.9%	161 31.1%	13 2.5%	11 2.1%
項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか	517	132 25.5%	181 35.0%	187 36.2%	8 1.5%	9 1.7%
項目内の回答事項は、都道府県への報告を行う上で必要な情報が得られますか	517	136 26.3%	166 32.1%	196 37.9%	9 1.7%	10 1.9%

(13) 「8. 再発防止策」回答の活用状況

事故報告書標準様式（厚労省）の「8. 再発防止策」回答の活用状況について、「活用していない」と回答した市区町村が 36.0%、「各施設で発生した介護事故の個別情報を施設への支援に活用している」と回答した市区町村が 23.4%であった。

図表 3 - 2 - 19 事故報告書標準様式（厚労省）「8. 再発防止策」回答の活用状況
（複数回答）

合計	517
集計・分析している	109 21.1%
各施設で発生した介護事故の個別情報を施設への支援に活用している	121 23.4%
集計・分析した情報を都道府県へ報告している	15 2.9%
各施設で発生した介護事故の個別情報を都道府県へ報告している	96 18.6%
その他	30 5.8%
活用していない	186 36.0%
活用しているかわからない	27 5.2%

(14) 「8. 再発防止策」回答欄の評価

事故報告書標準様式（厚労省）「8. 再発防止策」の回答欄について、いずれの項目についても「そう思う」「ややそう思う」と回答した市区町村が 50%以上であった。

図表 3 - 2 - 20 事故報告標準様式（厚労省）「8. 再発防止策」回答欄の評価

	合計	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	ややそう思わない	そう思わない
項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか	517	132 25.5%	145 28.0%	176 34.0%	47 9.1%	17 3.3%
項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか	517	142 27.5%	179 34.6%	167 32.3%	20 3.9%	9 1.7%
項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか	517	132 25.5%	177 34.2%	185 35.8%	17 3.3%	6 1.2%
項目内の回答事項は、都道府県への報告を行う上で必要な情報が得られますか	517	136 26.3%	159 30.8%	197 38.1%	17 3.3%	8 1.5%

(15) 事故報告書標準様式（厚労省）を使用していない理由

事故報告書標準様式（厚労省）を使用していない理由としては、「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%、「市区町村で別途定めた様式のほうが項目が充実しており、介護事故に関する情報を具体的に得やすいため」が 19.8%であった。

図表 3 - 2 - 21 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）

合計	162
市区町村で別途定めた様式のほうが簡易的で使いやすいため	31 19.1%
市区町村で別途定めた様式のほうが項目が充実しており、介護事故に関する情報を具体的に得やすいため	32 19.8%
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	57 35.2%
その他	65 40.1%

(16) 市区町村で定めた様式に含まれない項目

市区町村で別途定めた様式に含まれていない項目については、「含まれていない項目はない」が 64.2%、「事故の原因分析」が 19.8%であった。

図表 3 - 2 - 22 市区町村で別途定めた様式に含まれていない項目
（事故報告書標準様式（厚労省）では、下記の 8 項目が含まれている）
（複数回答）

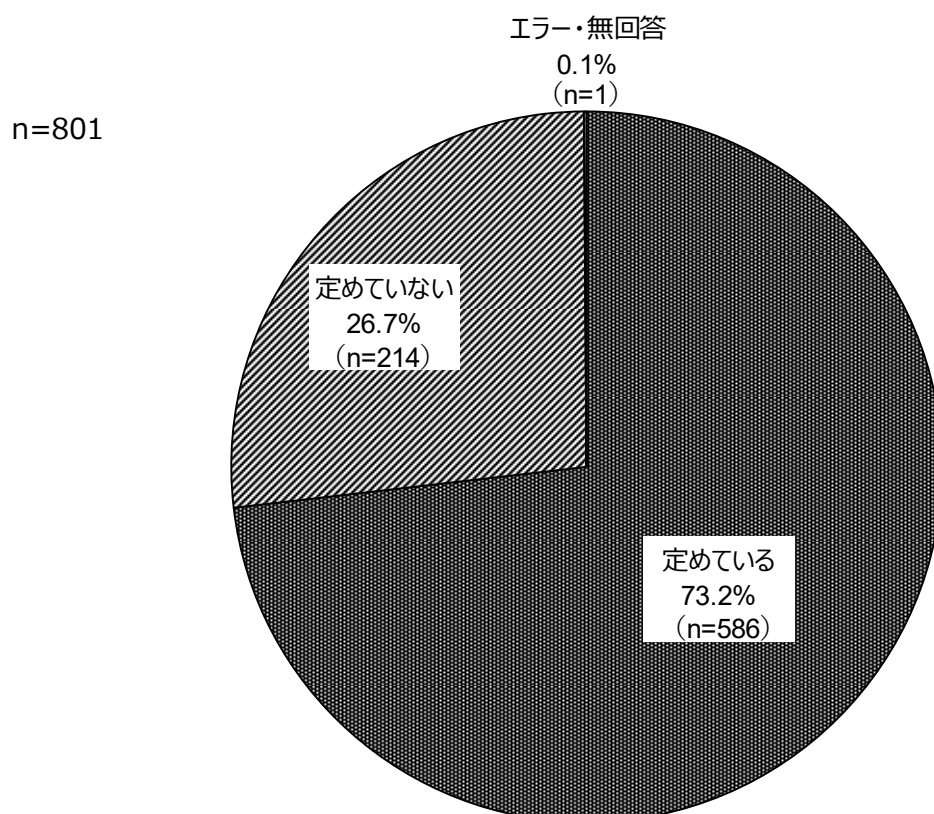
合計	162
事故状況の程度	21 13.0%
事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）	15 9.3%
対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況）	21 13.0%
事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況）	7 4.3%
事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等）	9 5.6%
事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関、本人、家族、関係先等への追加対応予定）	9 5.6%
事故の原因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）	32 19.8%
再発防止策（手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等）	6 3.7%
含まれていない項目はない	104 64.2%

2. 定めている事故の範囲について

(1) 報告する事故の範囲の定めの有無

施設で介護事故が起こった場合、市区町村へ報告する介護事故の範囲を「定めている」と回答したのは73.2%であった。

図表 3 - 2 - 23 市区町村へ報告する介護事故の範囲の定め



(2) 報告する事故の範囲

「定めている」と回答した市区町村のうち、「死亡に至った事故」が 95.9%、「医師（施設の勤務医、配置医を含む）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」が 96.6%で報告対象の介護事故の範囲となっていた。

図表 3 - 2 - 24 市区町村への報告対象の介護事故の範囲（複数回答）

合計	586
死亡に至った事故	562 95.9%
医師（施設の勤務医、配置医を含む）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	566 96.6%
ケガ等があったが治療の必要がなかったもの	104 17.7%
ケガ等がなかったもの	47 8.0%
その他	250 42.7%

3. 事故の報告方法について

(1) 報告時期の定め

介護事故発生後の施設から市区町村への報告（第一報）の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%、「報告の時期は特に定めていない」が 22.0%であった。

図表 3 - 2 - 25 介護事故発生後の施設から市区町村への報告（第一報）の報告時期

合計	801
1～2日以内での報告を求めている	78 9.7%
3～5日以内での報告を求めている	453 56.6%
6～7日以内での報告を求めている	30 3.7%
1～2週間以内での報告を求めている	24 3.0%
介護事故対応がひと段落した段階で報告を求めている	40 5.0%
報告の時期は特に定めていない	176 22.0%

(2) 報告方法の定め

介護事故発生後の施設から市区町村への報告方法の定めについて、第一報では「電子メール」が42.8%、「電話」が40.7%であった。第二報では「窓口手渡し」が43.4%、「電子メール」が43.1%であった。最終報では「窓口手渡し」が51.7%、「郵送」が47.9%であった。

図表 3 - 2 - 26 介護事故発生後の施設から市区町村への報告方法の定め（複数回答）

	第一報	第二報	最終報
合計	801	801	801
電子メール	343 42.8%	345 43.1%	365 45.6%
電話	326 40.7%	97 12.1%	54 6.7%
郵送	269 33.6%	320 40.0%	384 47.9%
FAX	228 28.5%	200 25.0%	178 22.2%
窓口手渡し	313 39.1%	348 43.4%	414 51.7%
Web上の申請システム	13 1.6%	14 1.7%	13 1.6%
その他	15 1.9%	16 2.0%	17 2.1%
報告を求めているない	11 1.4%	45 5.6%	16 2.0%
報告方法を定めていない	240 30.0%	274 34.2%	251 31.3%

4. 事故報告における課題について

施設から介護事故の報告を受けるまでの過程における課題は、「タイムリーに介護事故報告を受けられない」が 37.3%、「自治体として報告対象としている介護事故の方向をすべて把握できていない」が 33.7%であった。

図表 3 - 2 - 27 施設から介護事故の報告を受けるまでの過程における課題（複数回答）

合計	801
報告対象となる介護事故の範囲について施設から相談を受けるケースが多い	169 21.1%
自治体として報告対象としている介護事故の報告をすべて把握できていない	270 33.7%
タイムリーに介護事故報告を受けられない	299 37.3%
報告方法が施設により異なっており、一元化できていない	179 22.3%
その他	52 6.5%
課題はない	189 23.6%

5. 事故報告を求めている介護サービスについて

事故報告標準様式（厚労省）を周知し、報告を求めているサービスは、「施設サービス」が 72.0%、「地域密着型介護サービス」が 71.9%であった。

図表 3 - 2 - 28 事故報告標準様式（厚労省）を周知し、報告を求めているサービス（複数回答）

合計	801
施設サービス	577 72.0%
地域密着型介護サービス	576 71.9%
通所サービス	545 68.0%
訪問サービス	503 62.8%
居宅介護支援	452 56.4%
事故報告書標準様式（厚労省）で報告を求めているサービスはない	205 25.6%

第3節. 施設から受けている事故報告情報の活用状況

1. 事故報告情報の集計・分析・活用状況について

(1) 報告された介護事故の集計・分析の有無

実施している集計・分析については、「介護事故の件数を単純集計している」が59.3%、「発生した介護事故の件数を、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」が32.2%であった。

図表 3 - 2 - 29 報告された介護事故情報の集計・分析の有無（複数回答）

合計	801
介護事故の件数を単純集計している	475 59.3%
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	241 30.1%
発生した介護事故の件数を、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	258 32.2%
発生した介護事故の件数を、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	93 11.6%
発生した介護事故の件数を、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	147 18.4%
発生した介護事故の件数を、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	129 16.1%
発生した介護事故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	63 7.9%
発生した介護事故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	46 5.7%
集計や分析は行っていない	223 27.8%

(2) 介護事故情報の活用状況

介護事故情報の活用状況については、「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%、「介護事故報告を提出した施設以外への実地指導や助言時に活用する（事例紹介等）」が 28.6%であった。「定例で実施している市区町村内の施設向けの研修で活用する」は 5.2%であった。

図表 3 - 2 - 30 介護事故情報の活用状況（複数回答）

合計	801
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	397 49.6%
介護事故報告を提出した施設以外への実地指導や助言時に活用する（事例紹介等）	229 28.6%
市区町村内の施設への注意喚起としての通知を行う際に活用する	151 18.9%
定例で実施している市区町村内の施設との連絡会議等で活用する	111 13.9%
定例で実施している市区町村内の施設向けの研修で活用する	42 5.2%
市区町村独自のマニュアル等に反映している	6 0.7%
その他	59 7.4%
活用していない	218 27.2%

(3) 実施している研修のカリキュラム

図表 3-2-30 で「定例で実施している市区町村内の施設向けの研修で活用する」と回答した市区町村が実施している研修カリキュラムは、「市区町村への介護事故報告の仕方」「自治体に報告された介護事故情報を集計、分析した結果」がそれぞれ 57.1%であった。

図表 3 - 2 - 31 実施している研修のカリキュラム（複数回答）

合計	42
リスクマネジメントにおける基礎的な事項	10 23.8%
リスクマネジメントに関する制度（加算・減算等）に係る説明	5 11.9%
リスクマネジメントにおける組織体制構築に向けたポイント	2 4.8%
施設の介護事故、ヒヤリ・ハットの分析方法	5 11.9%
市区町村への介護事故報告の仕方	24 57.1%
入居者及びご家族に対するコミュニケーション	4 9.5%
訴訟対応に関する事項	2 4.8%
自治体に報告された介護事故報告情報を集計、分析した結果	24 57.1%
個別事例の紹介	11 26.2%
グループワークを通じたケーススタディ	0 0.0%
その他	4 9.5%

(4) 独自マニュアル等への記載項目

図表 3-2-30 で「市区町村独自のマニュアル等に反映している」と回答した市区町村がマニュアル等に記載している項目は、「市区町村への介護事故報告の仕方」が 83.3%、「自治体に報告された介護事故報告情報を集計、分析した結果」が 50.0%であった。

図表 3 - 2 - 32 独自のマニュアル等への記載項目（複数回答）

合計	6
リスクマネジメントにおける基礎的な事項	2 33.3%
リスクマネジメントに関する制度（加算・減算等）に係る説明	1 16.7%
リスクマネジメントにおける組織体制構築に向けたポイント	2 33.3%
施設の介護事故、ヒヤリ・ハットの分析方法	2 33.3%
市区町村への介護事故報告の仕方	5 83.3%
入居者及びご家族に対するコミュニケーション	1 16.7%
訴訟対応に関する事項	1 16.7%
自治体に報告された介護事故報告情報を集計、分析した結果	3 50.0%
個別事例の紹介	2 33.3%
その他	0 0.0%

(5) 介護事故情報の集計・分析・活用における課題

介護事故情報の集計・分析・活用における課題については、「集計・分析を行う人的余裕がない」が 57.6%、「集計・分析を行うノウハウがない」が 47.9%であった。

図表 3 - 2 - 33 介護事故情報の集計・分析・活用における課題（複数回答）

合計	801
施設から提出される介護事故情報に不備やデータ欠損が多く、集計がしづらい	134 16.7%
現在使用している事故報告書様式では、定量的な集計がしづらい	82 10.2%
集計・分析を行う人的余裕がない	461 57.6%
集計・分析を行うノウハウがない	384 47.9%
自治体職員が介護事故の集計・分析方法について学ぶ機会がない	361 45.1%
集計・分析を行っても、施設の介護事故防止に資するような情報が得られない	122 15.2%
その他	25 3.1%
課題はない	74 9.2%

(6) 介護事故情報の集計・分析・活用方法について学んだ経験のある職員数

介護事故を取り扱う職員のうち、介護事故情報の集計・分析・活用方法について研修等で学んだ経験のある職員は、「ほとんどいない」と回答した市区町村が 96.9%であった。

図表 3 - 2 - 34 介護事故情報の集計・分析・活用方法について学んだ経験のある職員数（複数回答）

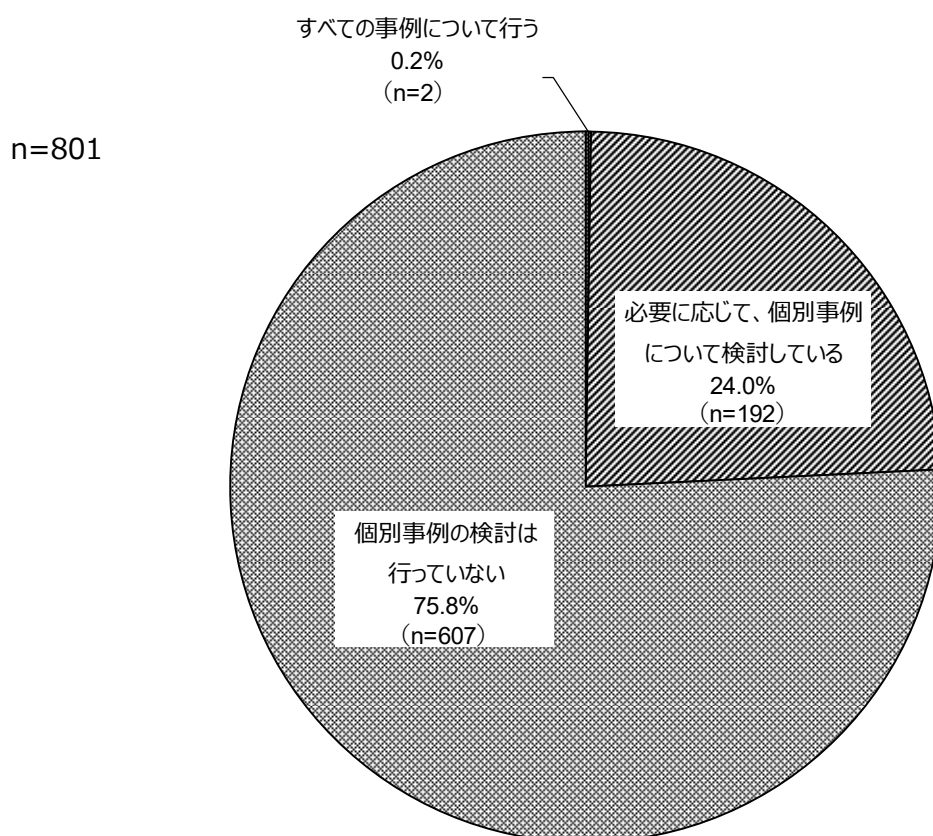
合計	801
ほぼ全員	4 0.5%
半数以上	1 0.1%
半数以下	19 2.4%
ほとんどいない	776 96.9%

2. 事故が発生した施設への対応について

(1) 個別事例について検証する会議等の有無

個別事例について検証する会議等の有無については、「個別事例の検討を行っていない」と回答した市区町村が 75.8%であり、「すべての事例について行う」は 0.2%、「必要に応じて、個別事例について検討している」が 24.0%であった。

図表 3 - 2 - 35 個別事例について検証する会議等の有無



(2) 個別事例について検討している市区町村の会議等のメンバー

図表 3-2-35 で「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」市区町村のうち、会議等のメンバーは「市区町村の職員」が 97.4%であった。

図表 3 - 2 - 36 個別事例について検討している市区町村の会議等のメンバー
(複数回答)

合計	194
市区町村の職員	189 97.4%
介護分野の外部有識者	30 15.5%
医療分野の外部有識者	17 8.8%
医療安全分野に関する外部有識者	3 1.5%
法学に関する外部有識者	3 1.5%
その他	12 6.2%

(3) 施設に対する支援

施設に対して行っている支援については、「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（家族対応等）にかかる助言」が 34.7%であった。「支援を行っていない」と回答した市区町村は 37.0%であった。

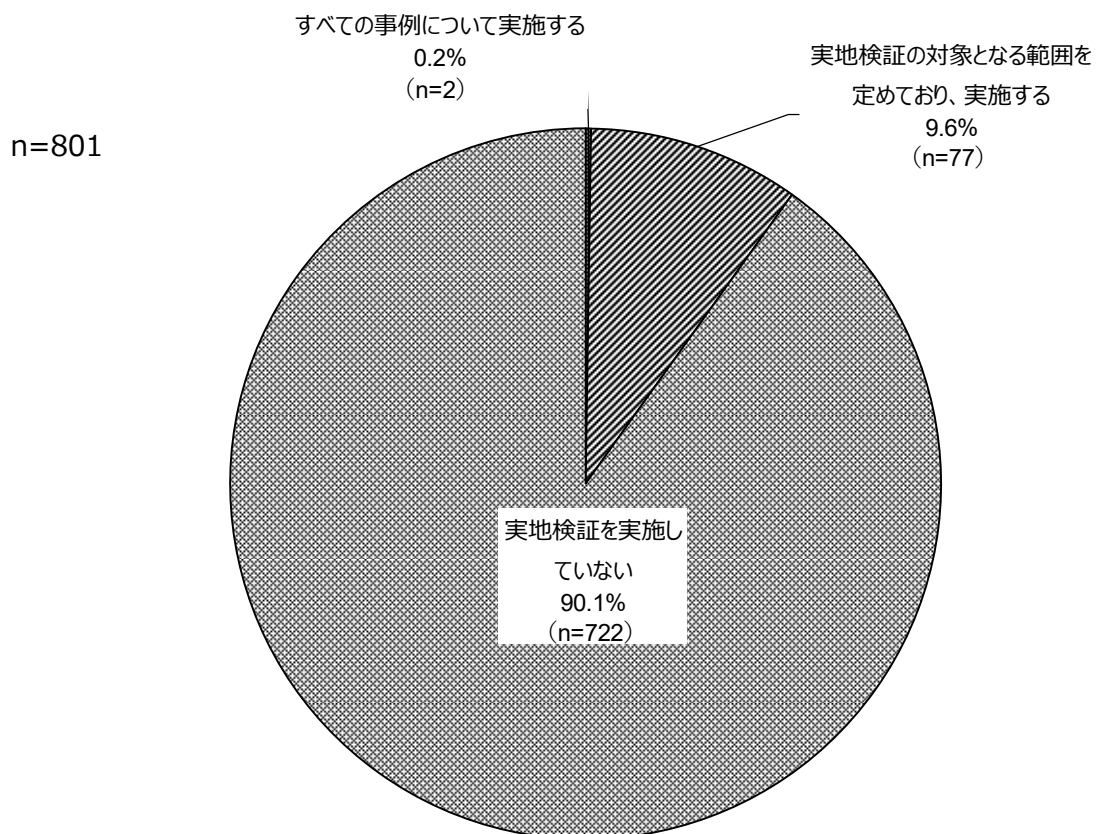
図表 3 - 2 - 37 施設に対して行っている支援（複数回答）

合計	801
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	278 34.7%
施設で発生した介護事故の原因分析にかかる助言	166 20.7%
施設で発生した介護事故の再発防止策にかかる助言	305 38.1%
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	37 4.6%
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	80 10.0%
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	150 18.7%
自施設の介護事故発生状況に適した外部研修の案内	40 5.0%
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	37 4.6%
自施設の介護事故発生状況に適した安全管理体制の構築にかかる助言	61 7.6%
自施設の介護事故発生状況に適したマニュアルの提供	15 1.9%
その他	30 3.7%
支援を行っていない	296 37.0%

(4) 実地検証の有無

実地検証の有無については、「実地検証を実施していない」と回答した市区町村は 90.1%であり、「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は 9.6%であった。

図表 3 - 2 - 38 実地検証の有無



(5) 実地検証の範囲

図表 3-2-38 で「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のうち、実地検証の対象となる範囲については、「死亡に至った事故の場合」が 63.6%であった。

図表 3 - 2 - 39 実地検証の範囲（複数回答）

合計	77
死亡に至った事故の場合	49 63.6%
医師の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要になった事故の場合	4 5.2%
その他	39 50.6%

(6) 実地検証を担当する職員

図表 3-2-38 で「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のうち、「市区町村の職員」はすべての市区町村で実地検証を担当し、「都道府県の職員」が実施検証を担当している市区町村が 20.3%あった。

図表 3 - 2 - 40 実地検証を担当する職員（複数回答）

合計	79
市区町村の職員	79 100.0%
都道府県の職員	16 20.3%
その他	1 1.3%

(7) 施設への支援や実地検証後の、再発防止のための取組の確認の有無

図表 3-2-38 で「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のうち、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の確認の有無については、「助言や指導後、一度は確認している」が 55.7%であった。

図表 3 - 2 - 41 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の確認の有無

合計	79
定期的に確認している	9 11.4%
助言や指導後、一度は確認している	44 55.7%
その他	12 15.2%
確認していない	14 17.7%

(8) 施設への支援や実地検証における課題

施設への支援や実地検証における課題は、「施設への支援や実地検証を行うノウハウがない」「施設への支援や実地検証を行う人的余裕がない」がそれぞれ 51.9%であった。

図表 3 - 2 - 42 施設への支援や実地検証における課題（複数回答）

合計	79
施設への支援や実地検証を行うノウハウがない	41 51.9%
施設への支援や実地検証を行っても、それが介護事故防止に資するものなのか分からない	25 31.6%
施設への支援や実地検証を行う人的余裕がない	41 51.9%
施設が実地検証に協力的ではない	4 5.1%
その他	0 0.0%
特に課題はない	15 19.0%

3. 事故報告に関する介護保険保険者努力支援交付金について

(1) 令和 3 年度介護保険保険者努力支援交付金（市町村分）の算定評価指標

令和 3 年度介護保険保険者努力支援交付金（市町村分）に関して、介護事業所からの事故報告に関する介護事業所への支援についての評価指標 2 項目について、算定した評価指標は「どちらとも算定していない」が 49.8%、「ア：サービス提供により事故が発生した場合に、速やかに事故報告を受けるための報告方法等を策定し、全介護事業所に周知している」を算定した」が 47.7%であった。

図表 3 - 2 - 43 令和 3 年度介護保険保険者努力支援交付金（市町村分）算定評価指標（複数回答）

合計	801
「ア：サービス提供により事故が発生した場合に、速やかに事故報告を受けるための報告方法等を策定し、全介護事業所に周知している」を算定した	382 47.7%
「イ：定期的に管内の介護事業所に対し、事故報告に関する好事例の紹介や事故の分析等の周知等を行うなど事故報告に関するフィードバックを行っているか」を算定した	150 18.7%
どちらとも算定していない	399 49.8%

(2) 令和４年度介護保険保険者努力支援交付金（市町村分）の算定予定評価指標

令和４年度介護保険保険者努力支援交付金（市町村分）に関して、介護事業所からの事故報告に関する介護事業所への支援についての評価指標４項目について、「イ：事故報告結果をとりまとめている」を算定する予定である」が66.5%、「ア：サービス提供による事故報告に関するガイドラインを策定している」を算定する予定である」が55.3%であった。

図表 3 - 2 - 44 令和４年度介護保険保険者努力支援交付金（市町村分）
算定予定評価指標（複数回答）

合計	801
「ア：サービス提供による事故報告に関するガイドラインを策定している」を算定する予定である	443 55.3%
「イ：事故報告結果をとりまとめている」を算定する予定である	533 66.5%
「ウ：事故報告結果を管内の介護事業所に共有する仕組みがある」を算定する予定である	282 35.2%
「エ：事故の内容・結果について、対応方法に関する議論・検証を行う仕組みがある」を算定する予定である	157 19.6%
上記のどれも算定する予定はない	207 25.8%

第４節. 市区町村から都道府県への報告について

1. 事故報告内容

(1) 都道府県に対する報告内容

都道府県に対する施設から提出された事故報告の報告内容については、「都道府県に報告していない」が57.7%、「施設から提出された事故報告書をそのまま都道府県に共有している」が27.0%であった。

図表 3 - 2 - 45 都道府県に対する施設から提出された事故報告の報告内容（複数回答）

合計	801
施設から提出された事故報告書をそのまま都道府県に共有している	216 27.0%
施設から提出された事故報告書を集計・分析し、その結果を都道府県に共有している	52 6.5%
市区町村に報告された介護事故件数を都道府県に共有している	98 12.2%
都道府県に報告していない	462 57.7%

(2) 事故報告の集計・分析・活用にあたり都道府県から得ている支援

事故報告の集計・分析・活用にあたり都道府県から得ている支援については、「都道府県から支援を得ていない」が76.4%であった。

図表 3 - 2 - 46 事故報告の集計・分析・活用にあたり都道府県から得ている支援
(複数回答)

合計	801
施設からの介護事故報告受付方法についての助言	108 13.5%
介護事故情報の管理方法に関する助言	18 2.2%
介護事故情報の集計フォーマット・ツールの配布	29 3.6%
介護事故情報の集計・分析方法に関する助言	8 1.0%
介護事故情報の集計・分析方法に関する研修の実施	5 0.6%
介護事故情報の集計・分析方法に関するマニュアルの作成	8 1.0%
介護事故情報の事故情報の集計フォーマット・ツールの配布	9 1.1%
介護事故情報の活用に関する好事例の共有	24 3.0%
市区町村内で発生した介護事故の傾向に関するレポート作成	7 0.9%
その他	25 3.1%
都道府県から支援を得ていない	612 76.4%

(3) 事故報告の集計・分析・活用にあたり都道府県から得られると有用な支援
 事故報告の集計・分析・活用にあたり都道府県から得られると有用な支援については、「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%であった。

図表 3 - 2 - 47 事故報告の集計・分析・活用にあたり都道府県から
 得られると有用な支援（複数回答）

合計	801
施設からの介護事故報告受付方法についての助言	181 22.6%
介護事故情報の管理方法に関する助言	180 22.5%
介護事故情報の集計フォーマット・ツールの配布	340 42.4%
介護事故情報の集計・分析方法に関する助言	258 32.2%
介護事故情報の集計・分析方法に関する研修の実施	280 35.0%
介護事故情報の集計・分析方法に関するマニュアルの作成	312 39.0%
介護事故情報の事故情報の集計フォーマット・ツールの配布	241 30.1%
介護事故情報の活用に関する好事例の共有	323 40.3%
市区町村内で発生した介護事故の傾向に関するレポート作成	109 13.6%
その他	33 4.1%

第3章. 都道府県票の結果
第1節. 都道府県の基本情報

1. 回収状況

アンケートは全47都道府県に通知し、回収数は47件、回収率は100%であった。

図表 3 - 3 - 1 都道府県票の回収状況

アンケート通知数	回収数	回収率
47	47	100%

2. 自治体内の施設数

都道府県内の施設数は図表 3-3-2 に示す通りであり、1都道府県あたりの施設数は、特養で180施設、老健で73施設、介護医療院で13施設であった。

図表 3 - 3 - 2 都道府県内の施設数

施設種別	回答自治体数	合計	1都道府県 あたり施設数	最大値
特養	46	8,281	180	580
老健	46	3,374	73	204
介護医療院	46	616	13	39
その他の介護サービス事業所	44	320,708	7289	85,986

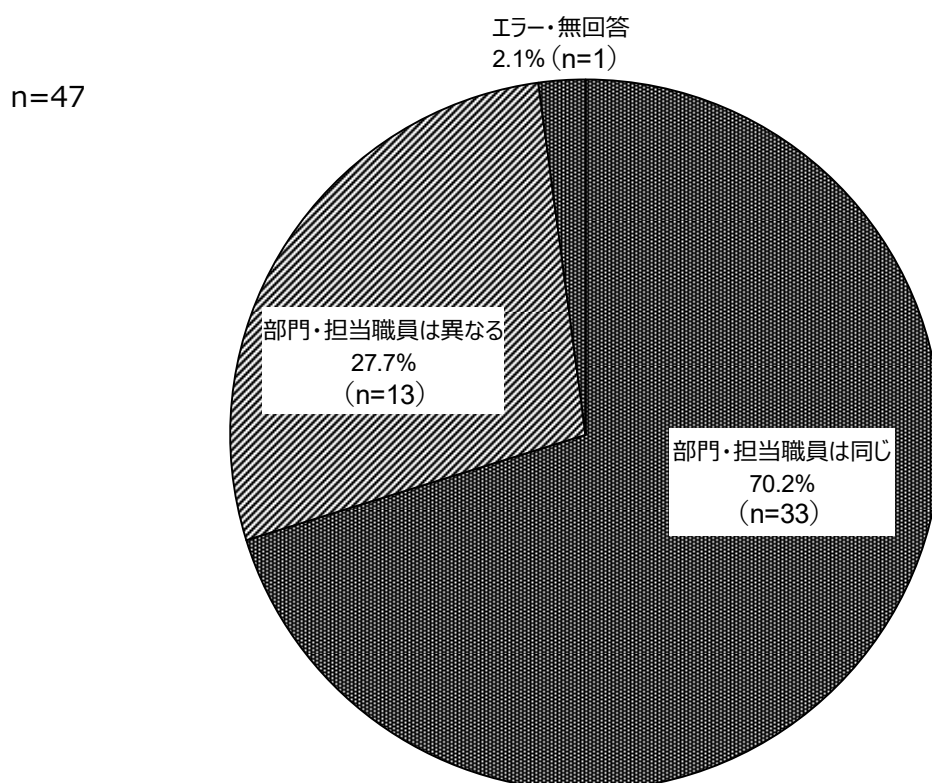
※特養、老健、介護医療院については1件、その他の介護サービス事業所については3件
無回答の都道府県があった

3. リスクマネジメント担当者について

(1) 介護事故を取り扱う担当部門・担当職員

介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う部門・担当職員と、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・担当職員に関して、「部門・担当職員は同じ」が70.2%であった。

図表 3 - 3 - 3 介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う部門・担当職員と、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



(2) 介護事故を取り扱う部門・担当職員が同じ場合の介護事故担当職員数

介護事故を取り扱う担当職員数は、令和3年度介護報酬改定前後に関わらず平均5.2人であった。

図表 3 - 3 - 4 介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う担当職員数
(介護事故を取り扱う部門・担当職員が同じ場合)

全都道府県の平均値 (n=33)

単位：人

令和3年度介護報酬改定前	5.2
令和3年度介護報酬改定後	5.2

(3) 介護事故を取り扱う部門・担当職員が異なる場合の介護事故担当職員数

介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う担当職員数は、令和3年度介護報酬改定前で平均4.1人、令和3年度介護報酬改定後で平均4.3人であった。また、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担当職員数は、令和3年度介護報酬改定前後に関わらず平均6.3人であった。

**図表 3 - 3 - 5 介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う担当職員数
(介護事故を取り扱う部門・担当職員が異なる場合)**

介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う担当職員数

n=13

単位：人

令和3年度介護報酬改定前	4.1
令和3年度介護報酬改定後	4.3

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担当職員数

n=13

単位：人

令和3年度介護報酬改定前	6.3
令和3年度介護報酬改定後	6.3

第2節. 都道府県における管内施設からの事故報告の収集について

1. 事故情報収集状況

都道府県内の施設で発生した事故情報の収集について、「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。

図表 3 - 3 - 6 都道府県内の施設で発生した事故情報の収集（複数回答）

合計	47
市区町村に報告を義務づけている	23 48.9%
事業所に報告を義務づけている	21 44.7%
義務づけていない	7 14.9%

第3節. 市区町村から都道府県への報告について

1. 報告を義務づけている根拠について

市区町村に報告を義務づけている根拠は、「要領・要綱・マニュアル」が52.2%、「通知」が30.4%であった。

図表 3 - 3 - 7 市区町村に報告を義務づけている根拠

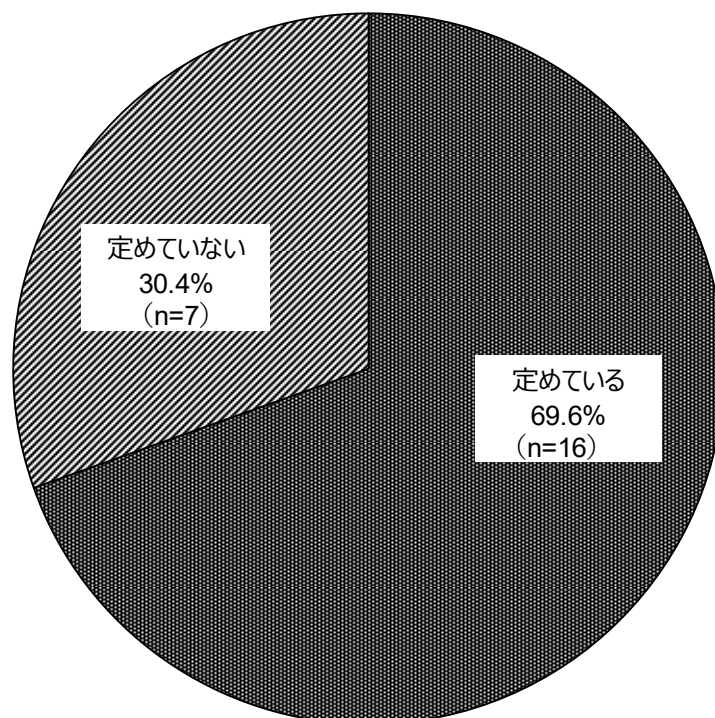
合計	23
条例	0 0.0%
規則	0 0.0%
通知	7 30.4%
要領・要綱・マニュアル	12 52.2%
その他	4 17.4%

2. 報告様式・書式について

市区町村から都道府県への報告様式・書式を「定めている」という回答が 69.6%であった。

図表 3 - 3 - 8 市区町村から都道府県への報告様式・書式の定め

n=23



3. 報告を求める項目について

市区町村に報告を求める項目として定めているものについては、「事業所概要」「事故の概要」が93.8%であった。

図表 3 - 3 - 9 市区町村に報告を求める項目（複数回答）

合計	16
事故状況の程度	12 75.0%
事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）	15 93.8%
対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況）	12 75.0%
事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況）	15 93.8%
事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等）	13 81.3%
事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関等）	12 75.0%
事故の要因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）	12 75.0%
再発防止策（手順変更、環境変更、再発防止策の評価時期および結果等）	12 75.0%
上記で定めている項目はない	1 6.3%

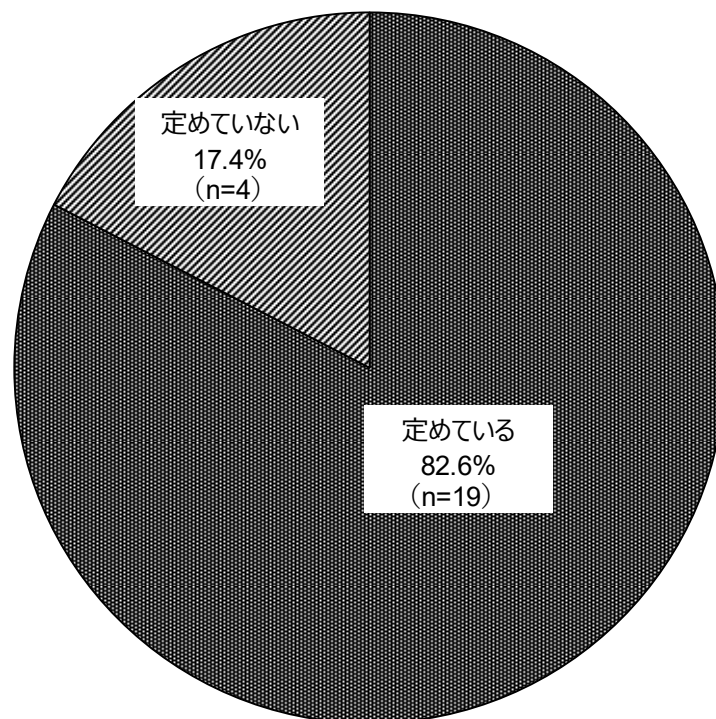
4. 定めている事故の範囲について

(1) 報告する介護事故の範囲の定めの有無

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」という回答が 82.6%であった。

図表 3 - 3 - 10 市区町村から都道府県へ報告する介護事故の範囲の定め

n=23



(2) 報告対象の介護事故の範囲

報告対象の介護事故の範囲については、「死亡に至った事故」が 100%、「医師（施設の勤務医、配置医を含む）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」が 63.2%であった。

図表 3 - 3 - 11 市区町村から都道府県への報告対象の介護事故の範囲（複数回答）

合計	19
死亡に至った事故	19 100.0%
医師（施設の勤務医、配置医を含む）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	12 63.2%
ケガ等があったが治療の必要がなかったもの	0 0.0%
ケガ等がなかったもの	0 0.0%
その他	16 84.2%

5. 事故の報告頻度について

市区町村から都道府県への報告頻度については、「事故毎の報告を求めている」「報告の頻度は定めていない」が 34.8%であった。

図表 3 - 3 - 12 市区町村から都道府県への報告頻度

合計	23
事故毎の報告を求めている	8 34.8%
1～2か月ごとに報告を求めている	3 13.0%
四半期ごとに報告を求めている	2 8.7%
半年ごとに報告を求めている	0 0.0%
1年ごとに報告を求めている	1 4.3%
その他	1 4.3%
報告の頻度は定めていない	8 34.8%

6. 事故報告における課題について

市区町村から都道府県への報告を受ける際の課題については、「課題はない」が 56.5%であった。

図表 3 - 3 - 13 市区町村から都道府県への報告を受ける際の課題（複数回答）

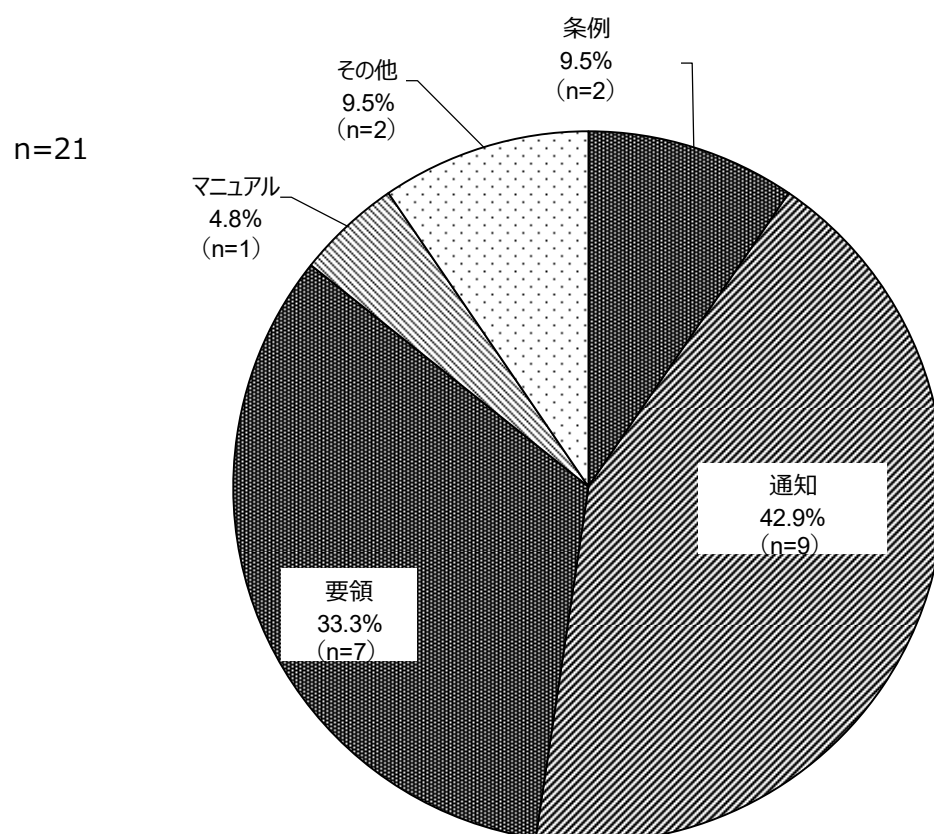
合計	23
市区町村ごとに報告方法が異なるため、報告の受理・返信に時間を要する	3 13.0%
市区町村ごとに報告書の様式が異なるため、集計・分析に時間を要する	4 17.4%
市区町村ごとに報告書の項目が異なるため、集計・分析ができない	0 0.0%
市区町村ごとに報告方法が異なるため、介護事故情報を一元管理できない	3 13.0%
同一の事故報告書が別々の市区町村から報告される場合があり、集計時に確認が必要となる	2 8.7%
その他	3 13.0%
課題はない	13 56.5%

第4節. 事業所から都道府県への報告について

1. 報告を義務づけている根拠について

事業所に報告を義務づけている根拠は、「通知」が42.9%、「要領」が33.3%であった。

図表 3 - 3 - 14 事業所に報告を義務づけている根拠

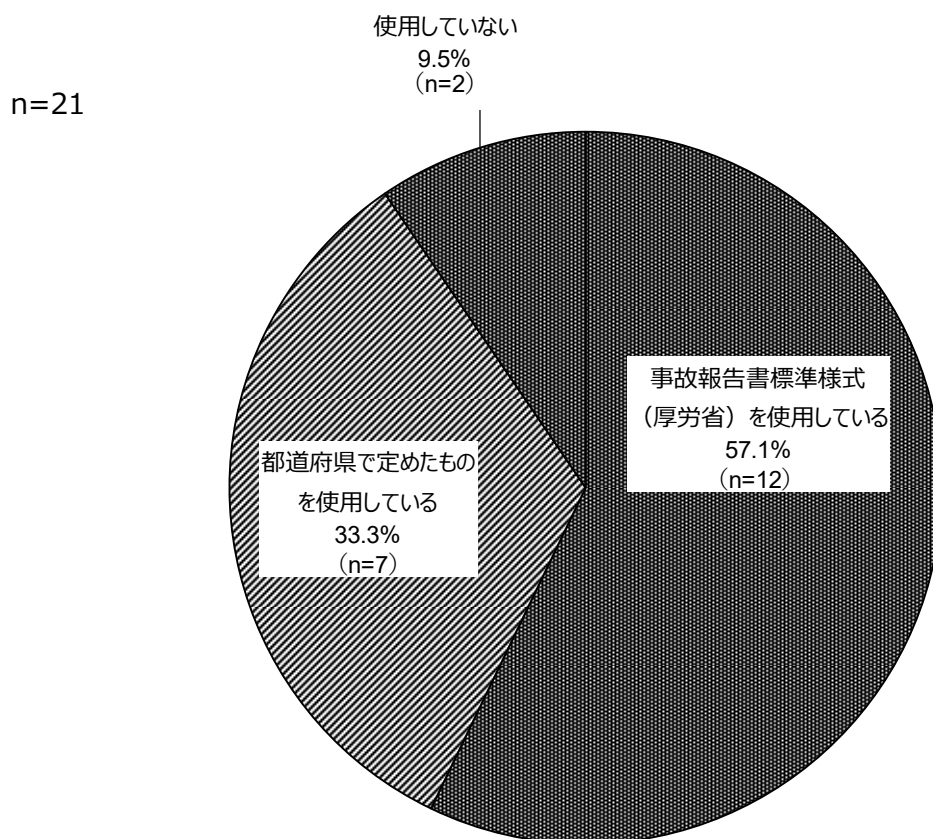


2. 報告様式・書式について

(1) 事業所から都道府県への報告様式・書式の定め

事業所から都道府県への報告様式・書式の定めについては、「事故報告書標準様式（厚労省）を使用している」が57.1%、「都道府県で定めたものを使用している」が33.3%であった。

図表 3 - 3 - 15 事業所から都道府県への報告様式・書式の定め

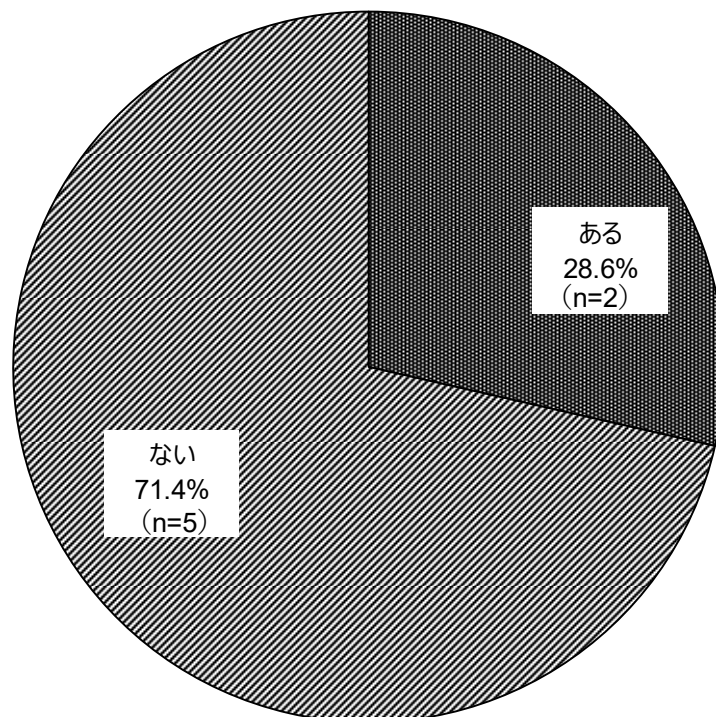


(2) 事故報告標準様式（厚労省）への移行予定

図表 3-3-15 で「都道府県で定めたものを使用している」と回答した都道府県のうち、事故報告標準様式（厚労省）への移行予定が「ある」と回答したのは 28.6%であった。

図表 3 - 3 - 16 事故報告標準様式（厚労省）への移行予定

n=7



3. 事故報告標準様式（厚労省）について

(1) 各項目回答欄の記入状況

事故報告書標準様式（厚労省）について、各項目で回答欄を全て記入した上で都道府県へ提出する施設が「ほぼすべて」という回答が80%以上であった。

図表 3 - 3 - 17 事故報告書標準様式（厚労省）について各項目の回答欄を全て記入した上で都道府県へ提出している事業所数の程度

	合計	ほぼすべて	半数以上	半数未満	ほとんどない
事故状況の程度	12	12 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）	12	12 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況）	12	12 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況）	12	12 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等）	12	12 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関等）	12	11 91.7%	1 8.3%	0 0.0%	0 0.0%
事故の原因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）	12	10 83.3%	2 16.7%	0 0.0%	0 0.0%
再発防止策（手順変更、環境変更、再発防止策の評価時期および結果等）	12	10 83.3%	2 16.7%	0 0.0%	0 0.0%

(2) 各項目の回答欄の量

事故報告書標準様式（厚労省）について、回答欄の量は各項目において「適切」と回答した都道府県が80%以上であった。

図表 3 - 3 - 18 事故報告標準様式（厚労省）の各項目の回答欄の量

	合計	とても少ない	やや少ない	適切	やや多い	とても多い
事故状況の程度	12	0 0.0%	0 0.0%	12 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）	12	0 0.0%	1 8.3%	11 91.7%	0 0.0%	0 0.0%
対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況）	12	0 0.0%	0 0.0%	12 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況）	12	0 0.0%	1 8.3%	11 91.7%	0 0.0%	0 0.0%
事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等）	12	0 0.0%	0 0.0%	12 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関等）	12	0 0.0%	1 8.3%	11 91.7%	0 0.0%	0 0.0%
事故の原因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）	12	0 0.0%	1 8.3%	11 91.7%	0 0.0%	0 0.0%
再発防止策（手順変更、環境変更、再発防止策の評価時期および結果等）	12	0 0.0%	2 16.7%	10 83.3%	0 0.0%	0 0.0%

(3) 各項目の活用状況

事故報告書標準様式（厚労省）の各項目の活用状況について、「各施設の介護事故の個別情報を施設への支援に活用している」と回答したと都道府県が50%以上であった。

図表 3 - 3 - 19 事故報告標準様式（厚労省）の各項目の活用状況

	合計	集計・分析を している	各施設の介護事故の個別情報を施設への支援に活用している	いずれにも該当しない
事故状況の程度	12	2 16.7%	8 66.7%	2 16.7%
事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）	12	2 16.7%	7 58.3%	3 25.0%
対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況）	12	1 8.3%	8 66.7%	3 25.0%
事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況）	12	1 8.3%	9 75.0%	2 16.7%
事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等）	12	1 8.3%	9 75.0%	2 16.7%
事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関等）	12	0 0.0%	9 75.0%	3 25.0%
事故の原因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）	12	0 0.0%	10 83.3%	2 16.7%
再発防止策（手順変更、環境変更、再発防止策の評価時期および結果等）	12	0 0.0%	10 83.3%	2 16.7%

(4) 「4. 事故の概要」回答欄の評価

事故報告書標準様式（厚労省）「4. 事故の概要」の回答欄について、「項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか」「項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか」に対して「そう思う」「ややそう思う」と回答した都道府県が65%以上であった。

図表 3 - 3 - 20 事故報告標準様式（厚労省）「4. 事故の概要」回答欄の評価

	合計	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	ややそう思わない	そう思わない
項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか	12	3 25.0%	3 25.0%	4 33.3%	2 16.7%	0 0.0%
項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか	12	6 50.0%	2 16.7%	3 25.0%	1 8.3%	0 0.0%
項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか	12	5 41.7%	4 33.3%	3 25.0%	0 0.0%	0 0.0%

(5) 「5. 事故発生時の対応」回答欄の評価

事故報告書標準様式（厚労省）「5. 事故発生時の対応」の回答欄について、「項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか」「項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか」に対して「そう思う」「ややそう思う」と回答した都道府県が65%以上であった。

図表 3 - 3 - 21 事故報告標準様式（厚労省）「5. 事故の概要」回答欄の評価

	合計	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	ややそう思わない	そう思わない
項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか	12	3 25.0%	2 16.7%	6 50.0%	1 8.3%	0 0.0%
項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか	12	6 50.0%	2 16.7%	3 25.0%	1 8.3%	0 0.0%
項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか	12	5 41.7%	4 33.3%	3 25.0%	0 0.0%	0 0.0%

(6) 「6. 事故発生後の状況」の回答欄について

事故報告書標準様式（厚労省）「6. 事故発生後の状況」の回答欄について、「項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか」「項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか」に対して「そう思う」「ややそう思う」と回答した都道府県が 65%以上であった。

図表 3 - 3 - 22 事故報告標準様式（厚労省）「6. 事故発生後の状況」回答欄の評価

	合計	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	ややそう思わない	そう思わない
項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか	12	4 33.3%	2 16.7%	5 41.7%	1 8.3%	0 0.0%
項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか	12	6 50.0%	2 16.7%	3 25.0%	1 8.3%	0 0.0%
項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか	12	5 41.7%	3 25.0%	4 33.3%	0 0.0%	0 0.0%

(7) 「7. 事故の原因分析」の回答欄について

事故報告書標準様式（厚労省）「7. 事故の原因分析」の回答欄について、「項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか」「項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか」に対して「そう思う」「ややそう思う」と回答した都道府県が 65%以上であった。

図表 3 - 3 - 23 事故報告標準様式（厚労省）「7. 事故の原因分析」回答欄の評価

	合計	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	ややそう思わない	そう思わない
項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか	12	4 33.3%	3 25.0%	4 33.3%	1 8.3%	0 0.0%
項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか	12	6 50.0%	3 25.0%	2 16.7%	1 8.3%	0 0.0%
項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか	12	5 41.7%	4 33.3%	3 25.0%	0 0.0%	0 0.0%

(8) 「8. 再発防止策」の回答欄について

事故報告書標準様式（厚労省）「8. 再発防止策」の回答欄について、「項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか」「項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか」に対して「そう思う」「ややそう思う」と回答した都道府県が65%以上であった。

図表 3 - 3 - 24 事故報告標準様式（厚労省）「8. 再発防止策」回答欄の評価

	合計	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	ややそう思わない	そう思わない
項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか	12	4 33.3%	3 25.0%	4 33.3%	1 8.3%	0 0.0%
項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか	12	6 50.0%	3 25.0%	2 16.7%	1 8.3%	0 0.0%
項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか	12	5 41.7%	4 33.3%	3 25.0%	0 0.0%	0 0.0%

4. 報告を求める項目について

都道府県で別途定めた様式に含まれていない項目については、「含まれていない項目はない」が71.4%、「事故の要因分析」が28.6%であった。

図表 3 - 3 - 25 都道府県で別途定めた様式に含まれていない項目
(事故報告書標準様式(厚労省)では、下記の8項目が含まれている)
(複数回答)

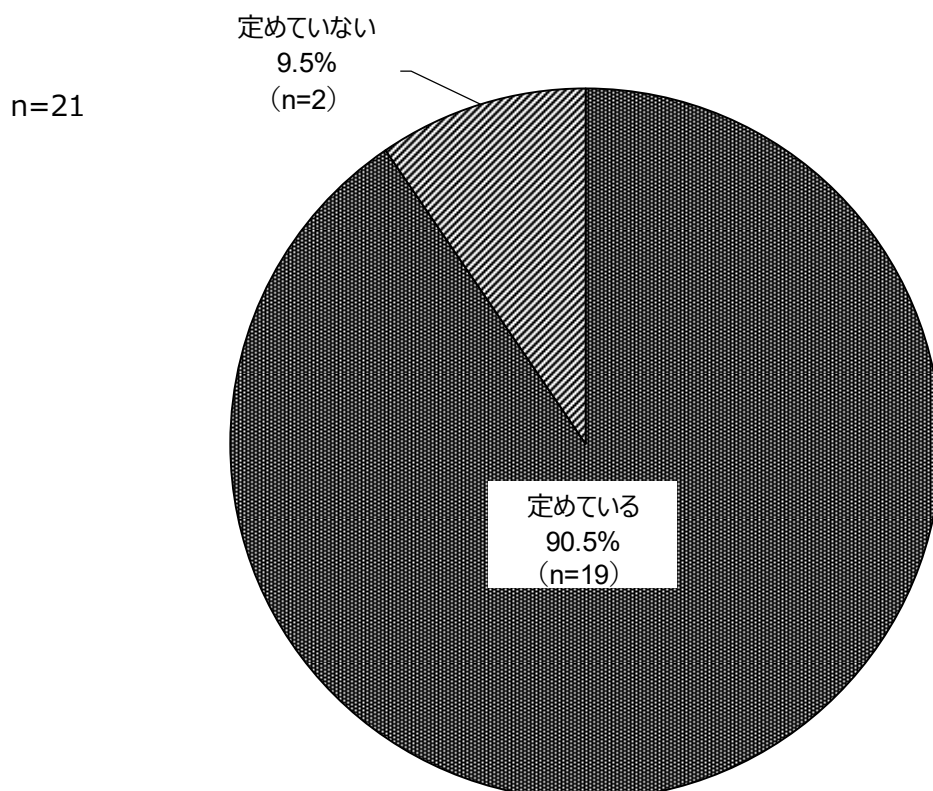
合計	7
事故状況の程度	1 14.3%
事業所の概要(法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地)	1 14.3%
対象者情報(氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況)	1 14.3%
事故の概要(発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況)	1 14.3%
事故発生時の対応(受診方法、受診先、診断名、診断内容等)	1 14.3%
事故発生後の状況(利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関等)	1 14.3%
事故の要因分析(本人要因、職員要因、環境要因の分析)	2 28.6%
再発防止策(手順変更、環境変更、再発防止策の評価時期および結果等)	1 14.3%
含まれていない項目はない	5 71.4%

5. 定めている事故の範囲について

(1) 報告する事故の範囲の定め

施設で介護事故が起こった場合、市区町村へ報告する介護事故の範囲を「定めている」と回答したのは90.5%であった。

図表 3 - 3 - 26 事業所から都道府県へ報告する事故の範囲の定め



(2) 報告する事故の範囲

図表 3-3-26 で「定めている」と回答した都道府県のうち、「死亡に至った事故」が 94.7%、「医師（施設の勤務医、配置医を含む）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」が 52.6%で報告対象の介護事故の範囲となっていた。

図表 3 - 3 - 27 事業所から都道府県へ報告する事故の範囲（複数回答）

合計	19
死亡に至った事故	18 94.7%
医師（施設の勤務医、配置医を含む）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	10 52.6%
ケガ等はあったが治療の必要がなかったもの	2 10.5%
ケガ等がなかったもの	0 0.0%
その他	10 52.6%

6. 事故の報告方法について

(1) 事故の報告時期

介護事故発生後の施設から都道府県への報告（第一報）の報告時期の定めについては、「報告の時期は特に定めていない」が 38.1%、「1～2 日以内での報告を求めている」が 33.3%であった。

図表 3 - 3 - 28 事業所から都道府県への報告時期の定め

合計	21
1～2日以内での報告を求めている	7 33.3%
3～5日以内での報告を求めている	4 19.0%
6～7日以内での報告を求めている	1 4.8%
1～2週間以内での報告を求めている	0 0.0%
介護事故対応がひと段落した段階で報告を求めている	1 4.8%
報告の時期は特に定めていない	8 38.1%

(2) 事故の報告方法

介護事故発生後の施設から都道府県への報告方法の定めについて、第一報では「FAX」が57.1%、「電子メール」が42.9%であった。第二報および最終報ではいずれも「FAX」が42.9%、「電子メール」「郵送」が38.1%であった。

図表 3 - 3 - 29 事業所から都道府県への報告方法の定め（複数回答）

	第一報	第二報	最終報
合計	21	21	21
電子メール	9 42.9%	8 38.1%	8 38.1%
電話	8 38.1%	1 4.8%	1 4.8%
郵送	6 28.6%	8 38.1%	8 38.1%
FAX	12 57.1%	9 42.9%	9 42.9%
窓口手渡し	4 19.0%	5 23.8%	5 23.8%
Web上の申請システム	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
その他	1 4.8%	1 4.8%	1 4.8%
報告を求めているない	1 4.8%	1 4.8%	1 4.8%
報告方法を定めていない	3 14.3%	7 33.3%	7 33.3%

7. 事故報告における課題について

施設から介護事故報告を受けるまでの過程における課題については、「自治体として報告対象としている介護事故の報告をすべて把握できていない」が 57.1%、「タイムリーに介護事故報告を受けられない」が 47.6%であった。

図表 3 - 3 - 30 事業所から介護事故報告を受けるまでの過程における課題（複数回答）

合計	21
報告対象となる介護事故の範囲について施設から相談を受けるケースが多い	8 38.1%
自治体として報告対象としている介護事故の報告をすべて把握できていない	12 57.1%
タイムリーに介護事故報告を受けられない	10 47.6%
報告方法が施設により異なっており、一元化できていない	4 19.0%
その他	1 4.8%
課題はない	1 4.8%

8. 事故報告を求めている介護サービスについて

事故報告標準様式（厚労省）を周知し、報告を求めているサービスは、「施設サービス」が 71.4%、「通所サービス」が 61.9%であった。

図表 3 - 3 - 31 事故報告標準様式（厚労省）を周知し、報告を求めているサービス（複数回答）

合計	21
施設サービス	15 71.4%
地域密着型介護サービス	7 33.3%
通所サービス	13 61.9%
訪問サービス	12 57.1%
居宅介護支援	5 23.8%
事故報告書標準様式（厚労省）で報告を求めているサービスはない	6 28.6%

第5節. 市区町村や管内施設からの事故報告情報の活用状況

1. 事故情報の集計・分析・活用状況について

(1) 報告された介護事故情報の集計・分析の有無

報告され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（転倒・誤嚥等）に整理し、傾向を把握している」が57.5%、「発生した介護件数を、施設類型ごとに整理し、傾向を把握している」が52.5%であった。

図表 3 - 3 - 32 報告された介護事故情報の集計・分析の有無（複数回答）

合計	40
介護事故の件数を単純集計している	20 50.0%
発生した介護事故の件数を、市区町村ごとに整理し、傾向を把握している	9 22.5%
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	21 52.5%
発生した介護事故の件数を、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	23 57.5%
発生した介護事故の件数を、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	5 12.5%
発生した介護事故の件数を、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	9 22.5%
発生した介護事故の件数を、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	6 15.0%
発生した介護事故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	2 5.0%
発生した介護事故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	6 15.0%
集計や分析は行っていない	9 22.5%

(2) 介護事故情報の活用状況

介護事故情報の活用状況については、「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%、「介護事故報告を提出した施設以外への実地指導や助言時に活用する（事例紹介等）」が 47.5%であった。

図表 3 - 3 - 33 介護事故情報の活用状況（複数回答）

合計	40
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	28 70.0%
介護事故報告を提出した施設以外への実地指導や助言時に活用する（事例紹介等）	19 47.5%
都道府県内の施設への注意喚起としての通知を行う際に活用する	12 30.0%
定例で実施している都道府県内の施設との連絡会議等で活用する	1 2.5%
定例で実施している都道府県内の施設向けの研修で活用する	3 7.5%
都道府県独自のマニュアル等に反映している	0 0.0%
その他	5 12.5%
活用していない	4 10.0%

(3) 実施している研修のカリキュラム

図表 3-3-33 において「定例で実施している都道府県内の施設向けの研修で活用する」と回答した 3 都道府県について、いずれも「自治体に報告された介護事故報告情報を集計、分析した結果」を研修カリキュラムとしており実施しており、1 都道府県では「都道府県・市区町村への介護事故報告の仕方」も研修カリキュラムとしていた。

図表 3 - 3 - 34 実施している研修のカリキュラム（複数回答）

合計	3
リスクマネジメントにおける基礎的な事項	0 0.0%
リスクマネジメントに関する制度（加算・減算等）に係る説明	0 0.0%
リスクマネジメントにおける組織体制構築に向けたポイント	0 0.0%
施設の介護事故、ヒヤリ・ハットの分析方法	0 0.0%
都道府県・市区町村への介護事故報告の仕方	1 33.3%
入居者及びご家族に対するコミュニケーション	0 0.0%
訴訟対応に関する事項	0 0.0%
自治体に報告された介護事故報告情報を集計、分析した結果	3 100.0%
個別事例の紹介	0 0.0%
グループワークを通じたケーススタディ	0 0.0%
その他	0 0.0%

(4) 介護事故情報の集計・分析・活用における課題

介護事故情報の集計・分析・活用における課題については、「集計・分析を行う人的余裕がない」が 65.0%、「自治体職員が介護事故の集計・分析方法について学ぶ機会がない」が 40.0%であった。

図表 3 - 3 - 35 介護事故情報の集計・分析・活用における課題（複数回答）

合計	40
施設から提出される介護事故情報に不備やデータ欠損が多く、集計がしづらい	6 15.0%
現在使用している事故報告書様式では、定量的な集計がしづらい	12 30.0%
集計・分析を行う人的余裕がない	26 65.0%
集計・分析を行うノウハウがない	14 35.0%
自治体職員が介護事故の集計・分析方法について学ぶ機会がない	16 40.0%
集計・分析を行っても、施設の介護事故防止に資するような情報が得られない	5 12.5%
その他	3 7.5%
課題はない	5 12.5%

第6節. 市区町村や管内施設に対する支援状況について

1. 事故防止や再発防止に関する支援について

(1) 市区町村に対する支援

市区町村に対する介護事故防止や再発防止に関する支援については、「市区町村に対する支援を行っていない」が46.8%、「施設からの介護事故報告受付方法についての助言」が40.4%であった。

図表 3 - 3 - 36 市区町村に対する介護事故防止や再発防止に関する支援（複数回答）

合計	47
施設からの介護事故報告受付方法についての助言	19 40.4%
介護事故情報の管理方法に関する助言	2 4.3%
介護事故情報の集計フォーマット・ツールの配布	0 0.0%
介護事故情報の集計・分析方法に関する助言	4 8.5%
介護事故情報の集計・分析方法に関する研修の実施	0 0.0%
介護事故情報の集計・分析方法に関するマニュアルの作成	0 0.0%
介護事故情報の事故情報の集計フォーマット・ツールの配布	0 0.0%
介護事故情報の活用に関する好事例の共有	1 2.1%
市区町村内で発生した介護事故の傾向に関するレポート作成	1 2.1%
その他	5 10.6%
市区町村に対する支援を行っていない	22 46.8%

(2) 施設に対する支援

施設に対する介護事故防止や再発防止に関する支援については、「施設で発生した介護事故の再発防止策にかかる助言」が 61.7%、「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」が 55.3%であった。

図表 3 - 3 - 37 施設に対する介護事故防止や再発防止に関する支援（複数回答）

合計	47
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	26 55.3%
施設で発生した介護事故の原因分析にかかる助言	18 38.3%
施設で発生した介護事故の再発防止策にかかる助言	29 61.7%
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	3 6.4%
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 4.3%
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	10 21.3%
自施設の介護事故発生状況に適した外部研修の案内	4 8.5%
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	7 14.9%
自施設の介護事故発生状況に適した安全管理体制の構築にかかる助言	6 12.8%
自施設の介護事故発生状況に適したマニュアルの提供	4 8.5%
その他	3 6.4%
施設に対する支援を行っていない	6 12.8%

第 7 節. 都道府県主催の研修等について

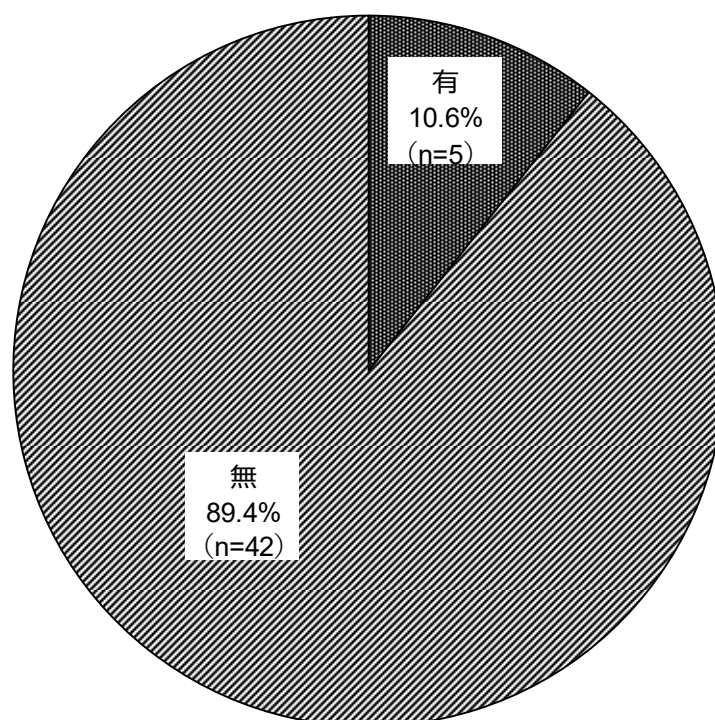
1. 都道府県主催の研修の実施状況

(1) 研修の実施有無

介護事故防止のための研修実施が、「有」と答えた都道府県は 10.6%であった。

図表 3 - 3 - 38 介護事故防止のための研修実施の有無

n=47



(2) 研修の開催回数および受講者数（延べ人数）

図表 3-3-38 において介護事故防止のための研修実施が「有」と答えた 5 都道府県について、研修の年間開催回数は平均 3.8 回、受講者数（延べ人数）は平均 148.5 人であった。

図表 3 - 3 - 39 介護事故防止のための研修の年間開催回数
および受講者数（延べ人数）の平均

平均値	
年間開催回数（n=5）	3.8
受講者数（延べ人数）（n=2）	148.5

(3) 研修の対象者

図表 3-3-38 において介護事故防止のための研修実施が「有」と答えた 5 都道府県について、「看護職員」が 5 都道府県すべてで、「施設長」「介護職員」「施設職員」が 4 都道府県で研修対象者となっていた。

図表 3 - 3 - 40 介護事故防止のための研修の対象者（複数回答）

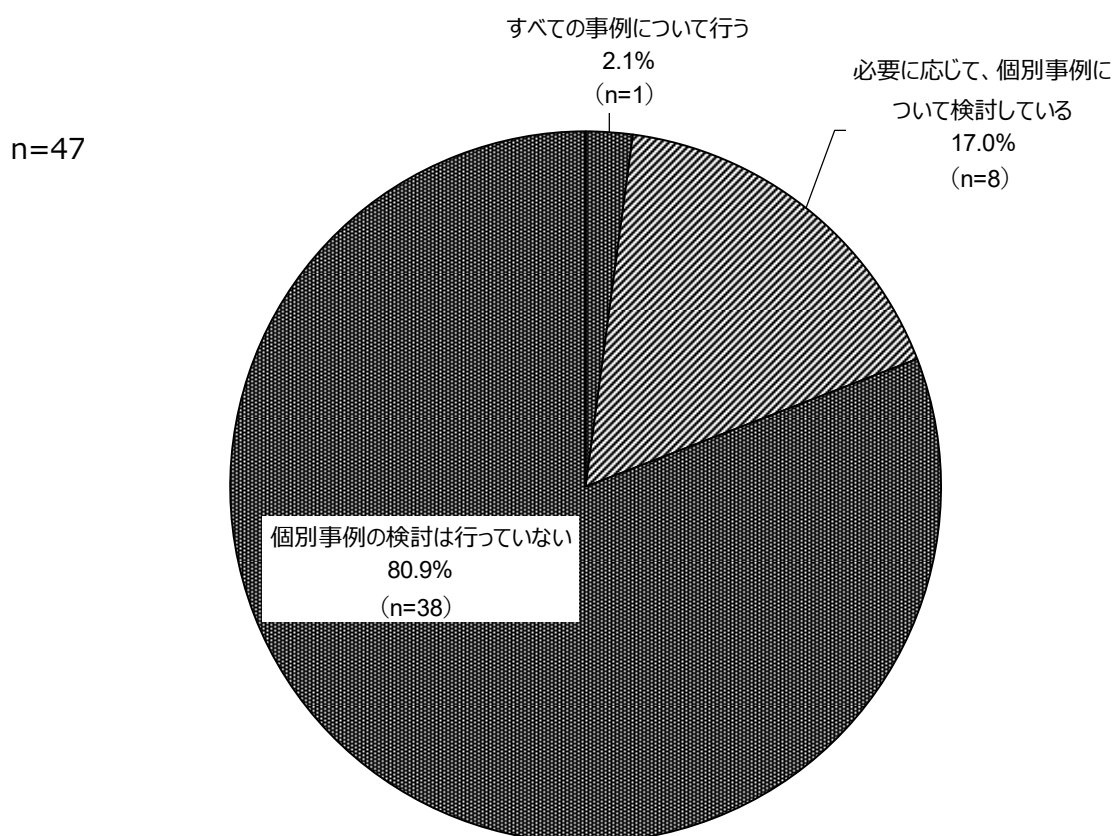
合計	5
施設長	4 80.0%
看護職員	5 100.0%
介護職員	4 80.0%
施設職員	4 80.0%
自治体職員	1 20.0%
その他	0 0.0%

2. 個別事例を検証する会議等の実施状況

(1) 個別事例について検証する会議等の有無

個別事例について検証する会議等の有無については、「個別事例の検討を行っていない」と回答した都道府県が80.9%であり、「必要に応じて、個別事例について検討している」が17.0%、「すべての事例について行う」が2.1%であった。

図表 3 - 3 - 41 個別事例について検証する会議等の有無



(2) 個別事例について検討している都道府県の会議等のメンバー

図表 3-3-41 で「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」都道府県のうち、会議等のメンバーは「都道府県の職員」が100%、「報告した市区町村の職員」が22.2%であった。

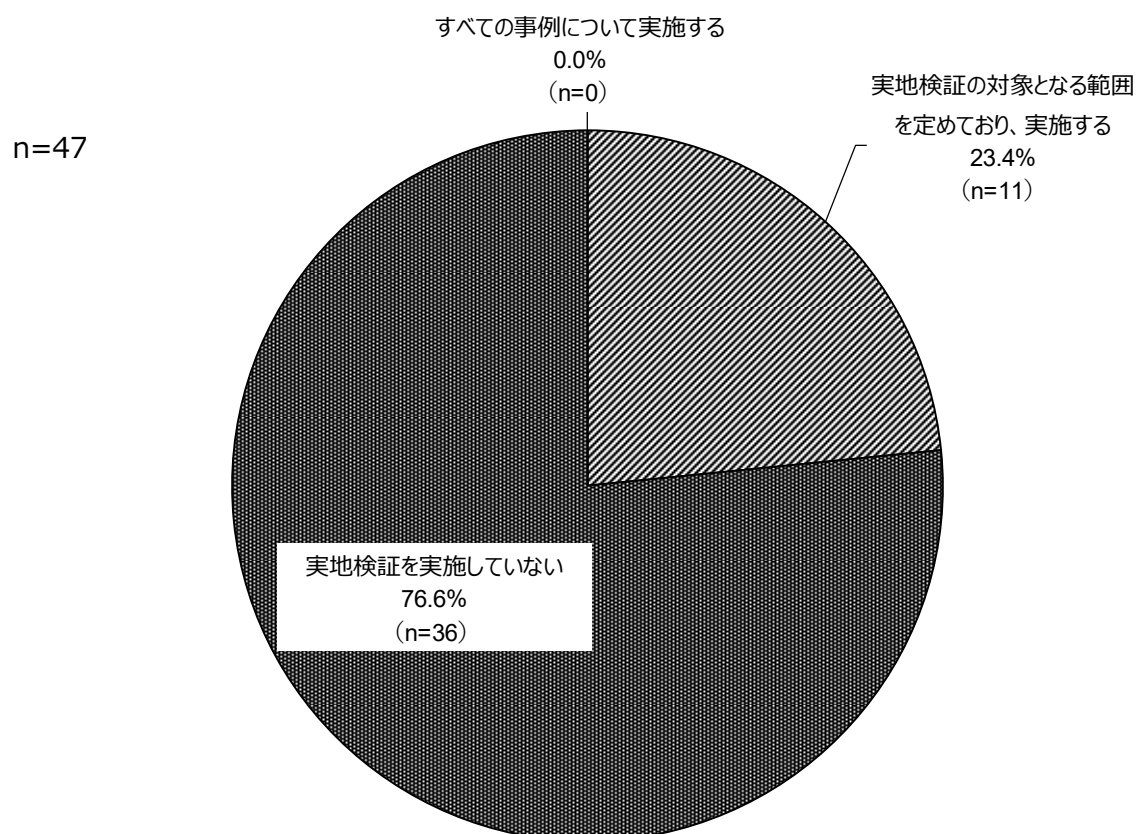
図表 3 - 3 - 42 個別事例について検討している都道府県の会議等のメンバー
(複数回答)

合計	9
都道府県職員	9 100.0%
報告した市区町村の職員	2 22.2%
介護分野の外部有識者	0 0.0%
医療分野の外部有識者	0 0.0%
医療安全分野に関する外部有識者	0 0.0%
法学に関する外部有識者	0 0.0%
その他	1 11.1%

(3) 実地検証の有無

実地検証の有無については、「実地検証を実施していない」と回答した都道府県が 76.6%であった。「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 23.4%であった。

図表 3 - 3 - 43 介護事故が発生した施設への実地検証の有無



(4) 実地検証の対象となる事故の範囲

図表 3-3-43 で「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のうち、そのうち実地検証の対象となる範囲は、「死亡に至った事故の場合」が 36.4%であった。

図表 3 - 3 - 44 実地検証の対象となる事故の範囲（複数回答）

合計	11
死亡に至った事故の場合	4 36.4%
医師の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要になった事故の場合	1 9.1%
その他	7 63.6%

(5) 実地検証を担当する職員

図表 3-3-43 で「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のうち、「都道府県の職員」はすべての都道府県で実地検証を担当し、「市区町村の職員」が実施検証を担当している都道府県が 27.3%あった。

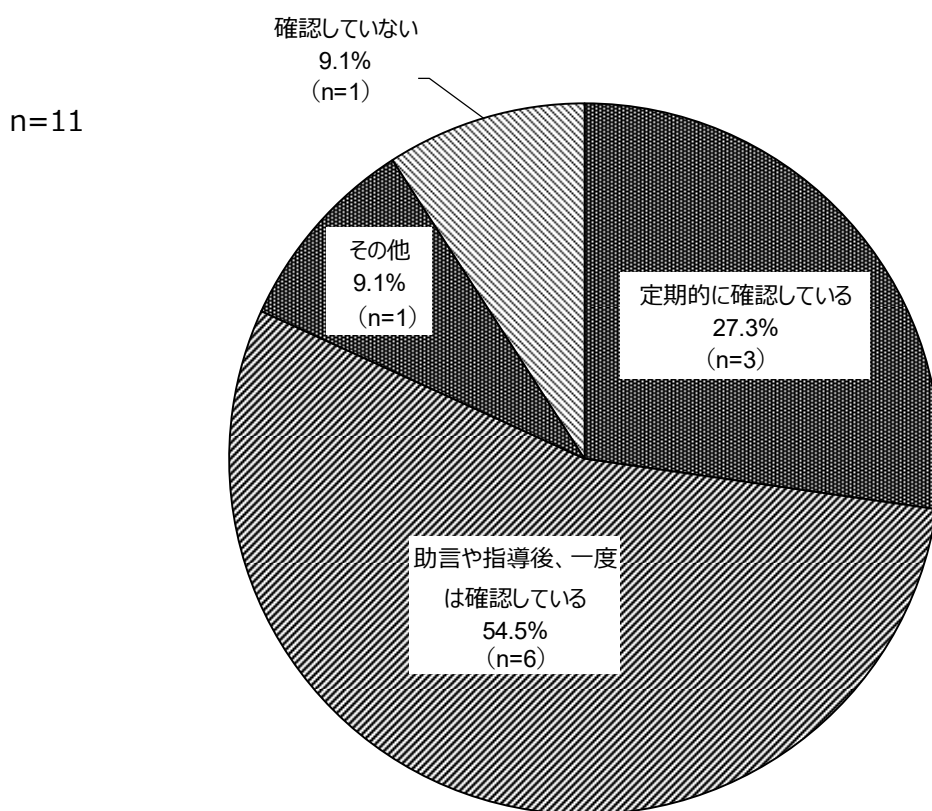
図表 3 - 3 - 45 実地検証を担当する職員（複数回答）

合計	11
市区町村の職員	3 27.3%
都道府県の職員	11 100.0%
その他	0 0.0%

(6) 施設への支援や実地検証後の、再発防止のための取組の確認の有無

図表 3-3-43 で「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のうち、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の確認の有無については、「助言や指導後、一度は確認している」が 54.5%、「定期的に確認している」が 27.3%であった。

図表 3 - 3 - 46 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の確認の有無



(7) 施設への視線や実地検証における課題

図表 3-3-43 で「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のうち、施設への支援や実地検証における課題は、「実地検証を行う人的余裕がない」が 45.5%、「実地検証を行うノウハウがない」「特に課題はない」が 27.3%であった。

図表 3 - 3 - 47 施設への支援や実地検証における課題（複数回答）

合計	11
実地検証を行うノウハウがない	3 27.3%
実地検証が介護事故防止に資するものなのか分からない	0 0.0%
実地検証を行う人的余裕がない	5 45.5%
施設が実地検証に協力的ではない	0 0.0%
その他	1 9.1%
特に課題はない	3 27.3%

第4章. リスクマネジメントにおいて国に求めること

(1) 市区町村における介護施設のリスクマネジメントに関する国への要望

市区町村における介護施設のリスクマネジメントに関する国への要望については、「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・分析方法に関するマニュアルの作成」が 37.7%であった。

図表 3 - 4 - 1 市区町村における介護施設のリスクマネジメントに関する国への要望
(複数回答)

合計	801
施設からの介護事故報告受付方法についての助言	120 15.0%
介護事故情報の管理方法に関する助言	134 16.7%
介護事故情報の集計フォーマット・ツールの配布	328 40.9%
介護事故情報の集計・分析方法に関する助言	202 25.2%
介護事故情報の集計・分析方法に関する研修の実施	218 27.2%
介護事故情報の集計・分析方法に関するマニュアルの作成	302 37.7%
介護事故情報の事故情報の集計フォーマット・ツールの配布	251 31.3%
介護事故情報の活用に関する好事例の共有	289 36.1%
都道府県内で発生した事故の傾向に関するレポート作成	122 15.2%
全国の介護事故情報を国において分析した結果等フィードバック	215 26.8%
その他	15 1.9%
特に無い	142 17.7%

(2) 都道府県における介護施設のリスクマネジメントに関する国への要望

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については、「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%であった。

図表 3 - 4 - 2 都道府県における介護施設のリスクマネジメントに関する国への要望
(複数回答)

合計	47
施設からの介護事故報告受付方法についての助言	7 14.9%
介護事故情報の管理方法に関する助言	9 19.1%
介護事故情報の集計フォーマット・ツールの配布	24 51.1%
介護事故情報の集計・分析方法に関する助言	17 36.2%
介護事故情報の集計・分析方法に関する研修の実施	12 25.5%
介護事故情報の集計・分析方法に関するマニュアルの作成	21 44.7%
介護事故情報の事故情報の集計フォーマット・ツールの配布	13 27.7%
介護事故情報の活用に関する好事例の共有	28 59.6%
都道府県内で発生した事故の傾向に関するレポート作成	9 19.1%
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	23 48.9%
その他	3 6.4%
特に無い	6 12.8%

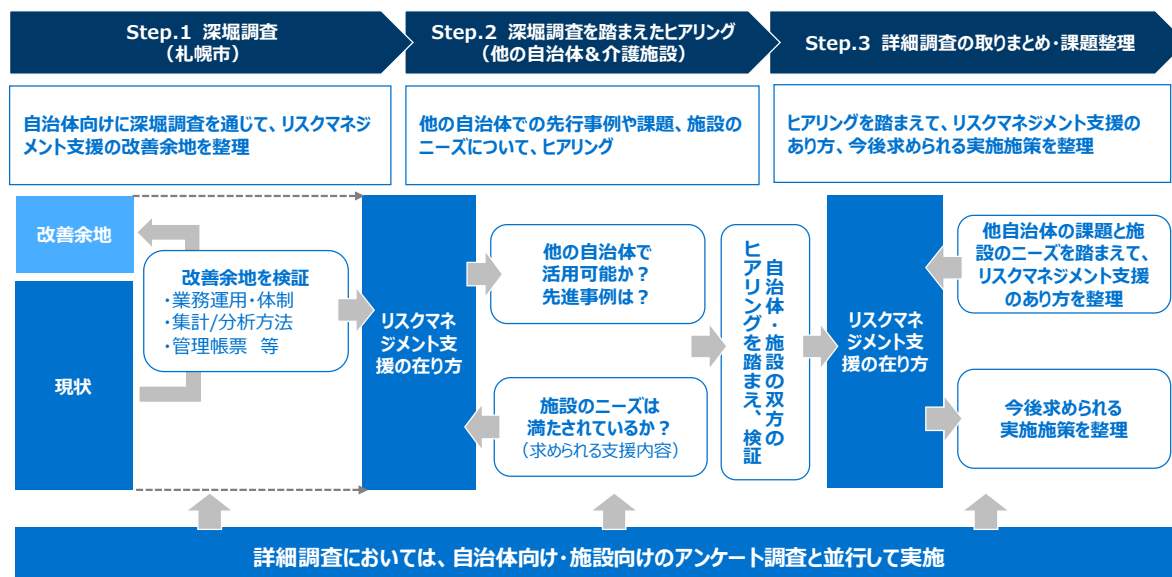
第 26 回社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会において、介護保険施設からの事故報告の件数については、まずは、以下のような、公表に当たって整理すべき事項を丁寧に議論・整理を行った上で、公表することが望ましいとされた。そのため、本報告書においては、当該件数に係る項目については掲載しないこととした。

- ・ 「介護事故」という用語の妥当性やその定義について
- ・ 施設以外の場と施設内における発生状況の比較について
- ・ 発生率が検証できるような適切な分母の検討について
- ・ 件数とあわせて、原因分析と再発防止策を一体的に公表する方法について
- ・ 自施設との比較が可能な数値など、施設におけるリスクマネジメントの推進に資するような公表の方法について
- ・ 報告件数を広く公表することの意義について

第4部 詳細調査

詳細調査を通じて、自治体のリスクマネジメント支援におけるあり方と、今後の実施施策の検討材料を整理した。

図表 4 - 1 詳細調査の全体像



Step. 1 では、自治体の事故報告の実態の深堀調査として、札幌市の協力のもと、管内の施設から札幌市に提出された事故報告書（令和4年4～7月の最終報告）を受領し、その報告書をデータベース化した上で、事故傾向における単純集計、事故種別、入居者の身体状況別、時間/場所別のクロス集計を実施した。また、札幌市に対して、事故報告受付から集計・分析・活用までの一連の業務とその体制についてヒアリングを実施した。

Step. 2 では、他の自治体の事故報告受付・集計・分析・活用の一連の業務の先行事例として、デスクトップ調査を通じて選定した川崎市に対して、ヒアリング調査を実施した。川崎市では事故報告書をオンライン受付しており、施設側のオンライン化に対する意見を収集するため、川崎市管内の施設に対してヒアリングを実施した。

Step. 3 では、第2回調査検討委員会にて、アンケート調査結果、詳細調査結果を踏まえて、自治体に求められるリスクマネジメント支援の在り方と今後、国・自治体において考えられるリスクマネジメント強化に向けた実施施策の方向性を協議した。

以上

別添
調査票

特養票

令和4年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査） 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

※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。

※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。**

※**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「－」のご記入ください。**

※調査時点は、令和4年9月1日または、質問に記載している期間とします。

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

(1) 所在地		都道府県		市区町村		(2) 開設年 (西暦)		年
(3) 入所定員数 (短期入所生活介護を除く)		人	(4) 短期入所生活介護 定員数					人
(5) 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		人	(6) 認知症高齢者の日常生活自立度別入所者数（短期入所生活介護の利用者を除く）	I			人
	要介護4		人		Ⅱa			人
	要介護3		人		Ⅱb			人
	要介護2		人		Ⅲa			人
	要介護1		人		Ⅲb			人
					Ⅳ			人
					M			人
(7) 居室区分 (当てはまるもの すべてに○ をつけてください)	1. 従来型個室		3. ユニット型個室					
2. 多床室		4. ユニット型個室的多床室						
(8) 人員配置に関わる施設全体の職員数（常勤換算人数） ※常勤職員の所定労働時間が40時間/週の場合、常勤換算数は 「常勤職員の人数＋（非常勤職員の1週間の勤務時間合計÷40時間）」としてください。								人
(9) 施設の運営形態 (選択肢から 1つ○ をつけてください)	1. 施設単独の運営 (1つの法人で1つの施設を運営している場合) 2. 複数事業所のグループ経営 (1つの法人で複数事業所を運営している場合、または事業運営うえで密接に関連する法人が複数存在する場合)							

2. 貴施設の安全管理体制にかかる加算・減算の状況についてお伺いします。

令和3年度報酬改定において、組織的な安全対策体制の整備を評価する「安全対策体制加算」が新設されました。また、運営基準における介護事故の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合における「安全管理体制未実施減算」が新設されました。

2-1. 安全対策体制加算についてお伺いします。

(10) 令和4年9月分介護報酬請求（令和4年8月実績）において、安全対策体制加算を届出・算定しましたか。
(以下の選択肢から**1つ○**をつけてください)

1. 算定した →設問(11)へ

2. 算定していない →設問(12)へ

(11) **(10)で、「1. 算定した」と回答した方**に伺います。

※「安全対策体制加算」の算定には、外部の研修を受けた安全対策担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていることが要件となっています。

(11) -① 安全対策担当者が受講した「外部」の研修の実施主体を選択してください。（当てはまるもの**すべてに○**をつけてください）

1. 全国老人福祉施設協議会

3. 日本慢性期医療協会

2. 全国老人保健施設協会

4. その他（

）

(11) -② 施設に設置されている安全対策部門は、どのような役割を担っていますか。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1. 指針や指針に基づくマニュアル等の作成や見直し | 6. 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 |
| 2. 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 | 7. 利用者一人一人のリスク評価 |
| 3. 施設全体の介護事故防止策に関する検討 | 8. 介護事故防止のための研修の企画 |
| 4. 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 | 9. 施設の安全対策に関する外部情報の入手 |
| 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 | 10. 施設の安全対策に関する施設内の定期・不定期的の見回り |
| | 11. その他（ ） |

(11) -③ 施設内の安全対策部門に所属する方の職種を選択してください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

※職種を兼務されている方が含まれる場合は両方の職種を選択ください。

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| 1. 施設長 | 6. 介護支援専門員 |
| 2. 事務長 | 7. 機能訓練指導員 |
| 3. 医師 | 8. リハビリテーション専門職 |
| 4. 看護職員 | 9. 栄養士/管理栄養士 |
| 5. 介護職員（以下、a～cに○をつけてください） | 10. 生活相談員 |
| a. 介護主任（介護リーダー） | 11. 事務職員 |
| b. 現場リーダー（フロア/ユニットリーダー） | 12. その他（ |
| c. 現場職員 | ） |

(11) -④ 安全対策部門に
所属する人数を回答してください

 $\wedge$

回答いただいた後、3. 施設の安全管理体制の整備状況へ

(12) (10) で、「2. 算定していない」と回答した方にうかがいます。

(12) -① 今後、安全対策体制加算の届出意向はありますか。(以下の選択肢から**1つ**○をつけてください)

1. ある 2. ない

(12) -② 貴事業所で安全対策体制加算を取得しない理由・課題として、あてはまるものを選択してください。
(当てはまるもの**すべて**に○をつけてください)

1. 加算の意義や必要性が感じられない
2. 外部の研修を受けた担当者を配置できない →設問（12）-③もご回答ください
3. 施設内に安全対策部門を設置できない
4. 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
5. 人件費等のコストが加算額に見合わない
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
7. 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
8. その他（

(12) -③ (12) -②で、「2. 外部の研修を受けた担当者を配置できない」を選択した方に伺います。

外部の研修を受けた職員を配置できない理由を選択してください。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

1. 職員に外部の研修を受講してもらう経費の支出に余裕がない 3. 外部の研修の必要性を感じていない
2. 職員に外部の研修を受講してもらう時間的な余裕がない 4. その他（ ）

2-2. 安全管理体制未実施減算についてお伺いします。((10) で、「2. 算定していない」と回答した方)

(13) 令和4年9月請求（8月実績）において、安全管理体制未実施減算に該当していますか。（以下の選択肢から12○をつけてください）

1. 該当 →設問（14）もご回答ください

(14) **(13) で、「1. 該当」と回答した方**にうかがいます。

運営基準のうち、満たすことができなかった要件を教えてください。（当てはまるもの**すべてに**○をつけてください）

1. 介護事故発生防止のための指針の整備
2. 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
3. 介護事故報告の分析を通じた改善策に従業者に周知徹底する体制の整備
4. 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
5. 介護事故発生防止のための研修の定期的な実施
6. 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. 貴施設の安全管理体制の整備状況についてお伺いします。

3-1. 令和3年度介護報酬改定にて設置が義務付けられた安全対策担当者についてお伺いします。

(15) -① 安全対策担当者の職種を選択してください。（当てはまるもの**すべてに**○をつけてください）

※職種を兼務されている方が含まれる場合は両方の職種を選択ください。

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| 1. 施設長 | 6. 介護支援専門員 |
| 2. 事務長 | 7. 機能訓練指導員 |
| 3. 医師 | 8. リハビリテーション専門職 |
| 4. 看護職員 | 9. 栄養士/管理栄養士 |
| 5. 介護職員（以下、a～cに○をつけてください） | 10. 生活相談員 |
| a. 介護主任（介護リーダー） | 11. 事務職員 |
| b. 現場リーダー（フロア/ユニットリーダー） | 12. その他（ |
| c. 現場職員 | ） |

(15) -② 安全対策担当者の人数を
回答してください。

人

(15) -③ 安全対策担当者のうち、最も中心を担って
いる職種を教えてください。
※(15)-①選択肢の**1～12の数字**を記載

(16) 安全対策担当者の役割を選択してください。（当てはまるもの**すべてに**○をつけてください）

【施設の安全管理体制構築】

1. 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
2. 介護事故発生防止のための指針・マニュアルの作成
3. 介護事故発生防止のための委員会の運営
4. 介護事故発生防止のための研修の運営
5. 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）

【介護事故およびヒヤリ・ハット情報の整理・報告】

6. 自治体へ提出する事故報告書の記載
7. 自治体への事故報告書の提出
8. 介護事故やヒヤリ・ハット等の発生数の整理

【介護事故およびヒヤリ・ハット情報の分析・指導】

9. 発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の原因調査・分析
10. 介護事故報告の分析を通じた改善策の周知・指導
11. その他（

3-2. 介護事故発生の防止のための指針等や、指針に基づくマニュアル等※についてお伺いします。

※「指針」とは、基準省令31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。
「マニュアル等」とは、具体的な行動基準、手順書、覚書、細則、介護事故発生時対応マニュアル等を指します。

(17) 介護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を選択してください。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. 介護事故防止に関する基本理念や考え方 | 10. 自治体への報告手順 |
| 2. 介護事故防止のための委員会や組織体制 | 11. 事故報告書の記載方法 |
| 3. 介護事故防止における各職種の役割 | 12. 入所者・家族等による指針の閲覧 |
| 4. 介護事故防止のための職員研修 | 13. 行政からの通知・事務連絡の引用や添付 |
| 5. 介護事故発生直後の具体的な対応手順 | 14. 入居者の尊厳の保持、身体拘束廃止に関する事項 |
| 6. ヒヤリ・ハット発生後の具体的な対応手順 | 15. その他 |
| 7. 発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討 | () |
| 8. 発生したヒヤリ・ハットの原因究明や再発防止策の検討 | 16. 指針・マニュアル等を作成していない |
| 9. 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 | |

(18) 介護事故発生の防止のための指針・マニュアル等の活用状況を選択してください。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

- | | |
|---|----------------------|
| 1. 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 | 6. 家族への説明時に使用している |
| 2. 定期的に会議や研修等で活用している | 7. その他 |
| 3. 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 | () |
| 4. 介護事故発生時に、対応方法等を確認している | 8. 活用できていない |
| 5. 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 | 9. 指針・マニュアル等を作成していない |

(19) 介護事故発生の防止のための指針・マニュアルは見直していますか。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

- | | |
|-------------------|-----------------------------------|
| 1. 定期的に見直している | 4. 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 |
| 2. 不定期に見直している | 5. 見直していない |
| 3. 介護事故発生後に見直している | 6. 指針・マニュアル等を作成していない |

3-3. 「事故発生の防止のための委員会」の設置状況等についてお伺いします。

（※「事故発生の防止のための委員会」とは、基準省令31条第1項三号に定めるものを指します）

(20) 貴施設における事故発生の防止のための委員会（ワーキンググループ含む）の開催状況を選択してください。
（以下の選択肢から1つ○をつけてください）

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| 1. 毎月開催 | 5. 必要時に開催 |
| 2. 2～3か月に1回程度開催 | 6. その他 () |
| 3. 半年に1回開催 | 7. 開催していない →設問 (22) へ |
| 4. 1年に1回開催 | |

(21) (20) で「1. 毎月開催」～「6. その他」と回答した方にうかがいます。

(21) -① 令和3年度の開催回数		回	(21) -② ワーキンググループ設置有無	1. 有	2. 無
(21) -③ 事故発生の防止のための委員会の設置単位 (右の選択肢から1つ○をつけてください)	1. 施設内 2. 経営母体の法人 3. その他 ()				

(21) -④ 委員構成メンバー (当てはまるもの <u>すべてに</u> ○をつけてください)	1. 施設長 2. 事務長 3. 医師 4. 看護職員 5. 介護職員（以下、a～cに○をつけてください） a. 介護主任（介護リーダー） b. 現場リーダー（フロア/ユニットリーダー） c. 現場職員	6. 介護支援専門員 7. 機能訓練指導員 8. リハビリテーション専門職 9. 栄養士/管理栄養士 10. 生活相談員 11. 事務職員 12. その他（ ）
(21) -⑤ 委員構成メンバーに外部有識者が入っている場合、その職種を教えてください。（当てはまるもの <u>すべてに</u> ○をつけてください）		
1. 学識経験者 2. 専門コンサルタント 3. 医師 4. 看護師	5. リハビリテーション専門職 6. 弁護士 7. その他（ ） 8. 入っていない	
(21) -⑥ 委員会での検討事項を選択してください。（当てはまるもの <u>すべてに</u> ○をつけてください）		
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・ハット等の全体の傾向の分析 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（ ）	
(21) -⑦ 委員会の検討を経て、法人内/施設内での決定事項を職員へ周知する方法を選択してください。 (当てはまるもの <u>すべてに</u> ○をつけてください)		
1. シフト交代時の業務連絡（朝礼等）を通じた周知 2. 施設内の定例の研修や会議を通じた周知 3. 特別の研修や会議を開催し、その場を通じて周知 4. 文書（紙媒体）の配布・回覧・掲示による周知	5. デジタルツール（Eメール、グループウェア等）による周知 6. その他（ ） 7. 職員への周知は行っていない	
3-4. 介護事故防止のための研修（令和３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31条第１項三号に定めるものを指します)		
(22) 令和３年度の開催回数 施設内研修が無い場合、「０」と記入のうえ設問(29)へ	回	(23) 入職時研修の有無 (右の選択肢から １つ ○をつけてください) 1. 有 2. 無
(24) 職員のうち令和3年度中に研修を受講した者の割合を常勤・非常勤それぞれ選択してください。 (以下の選択肢から １つ ○をつけてください) ※欠席した場合の資料回覧は含まない		
(24) -① 常勤職員 のうち 研修を受講した者の割合 (右の選択肢から １つ ○をつけてください)	1. 8割以上が受講 2. 6割以上8割未満が受講 3. 4割以上6割未満が受講 4. 4割未満が受講	(24) -② 非常勤職員 のうち 研修を受講した者の割合 (右の選択肢から １つ ○をつけてください) 1. 8割以上が受講 2. 6割以上8割未満が受講 3. 4割以上6割未満が受講 4. 4割未満が受講 5. 非常勤はいない

(25) 研修の実施時間（研修1回あたりの平均）を選択してください。（以下の選択肢から**1つ〇**をつけてください）

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 1時間未満 | 4. 3時間以上 |
| 2. 1時間以上2時間未満 | 5. その他（書面開催等） |
| 3. 2時間以上3時間未満 | |

(26) 研修の講師を選択してください。(当てはまるもの**すべて**に○をつけてください)

※職種を兼務されている方が含まれる場合は両方の職種を選択ください。

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| 1. 施設長 | 8. 現場リーダー（フロア/ユニットリーダー） |
| 2. 事務長 | 9. 介護のリスクマネジメントが専門の外部講師 |
| 3. 医師 | 10. 医療安全が専門の外部講師 |
| 4. 看護職員 | 11. 法学が専門の外部講師 |
| 5. 機能訓練指導員 | 12. 他の分野が専門の外部講師 |
| 6. リハビリテーション専門職 | 13. その他 |
| 7. 介護主任（介護リーダー） | （ |

(27) 研修内容として該当するものを選択してください。(当てはまるもの**すべて**に○をつけてください)

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| 1. 介護事故やヒヤリ・ハット等の定義 | 7. 具体的な介護事故事例の分析 |
| 2. 介護事故やヒヤリ・ハット等を報告する意義 | 8. グループワークを通じたケーススタディ |
| 3. 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 | 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 |
| 4. 指針や指針に基づくマニュアル等の周知 | 10. 行政からの通知・事務連絡の内容の解説 |
| 5. 介護事故やヒヤリ・ハット等の発生時の対応 | 11. その他 |
| 6. 業務内容ごとのケア手順（実技含む） | （ |

(28) 研修の実施に対する課題を選択してください。(当てはまるもの**すべて**に○をつけてください)

1. 効果的な研修の内容及方法に関する情報が得られない
2. 研修の講師を行う職員の負担が大きい
3. 研修時間を確保することや日時の調整が困難
4. 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
5. 職員の理解度に差がある
6. 職員の理解度を評価することが困難
7. 研修内容が実践に生かされていない
8. 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
9. その他（
10. 特に課題はない

3-5. 介護事故に起因する利用者・家族とのトラブルについてお伺いします。

(29) 介護事故に起因する利用者・家族とのトラブルについて、どのような対策や防止策を行っていますか。

(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 利用開始時の契約書や説明書等に、防ぐことが困難な介護事故のリスクに関する内容を盛り込んでいる
2. 防ぐことが困難な介護事故のリスクについて、利用者や家族に説明している
3. 介護事故発生後、事故状況や対応した事項について、すぐに家族へ連絡している
4. 介護事故発生状況や対応した事項について、記録に残している
5. 利用者・家族とのトラブルを未然に防ぐための対応方法について、指針・マニュアル等に記載している
6. 顧問弁護士の契約を締結するなど、弁護士等に相談ができる、または弁護士等による介入を依頼できる体制を整備している
7. 介護事故対応において、組織的な指示命令のもと、迅速に対応する仕組みを構築している
8. 身体拘束廃止の理念、方針、取組について、利用者や家族に説明している
9. その他 ()
10. 対策・防止策は行っていない
11. 利用者・家族とのトラブルはない

4. 貴施設における介護事故情報及びヒヤリ・ハットの整理・分析・活用状況についてお伺いします。

4-1. 介護事故情報およびヒヤリ・ハット情報の整理状況についてお伺いします。

(30) 施設内で発生した介護事故情報を、何に記載していますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 市区町村で定めている事故報告書様式に記載している
2. 施設独自の事故報告書に記載している
3. その他 ()

(31) 施設内でヒヤリ・ハットとして報告対象とする範囲を選択してください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
(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. 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
6. その他 ()
7. 報告対象にしているものはない

(32) 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。(以下の選択肢から 1つ ○をつけてください)

1. 定めている
2. 定めていない

(33) 施設内で発生したヒヤリ・ハット情報を、何に記載していますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 市区町村で定めている事故報告書様式に項目を合わせて記載している
2. 施設独自の事故報告書に記載している
3. 施設独自のヒヤリ・ハット報告書に記載している
4. その他 ()
5. 記載していない

4-2. 介護事故情報およびヒヤリ・ハット情報の分析状況についてお伺いします。

(34) 発生した介護事故およびヒヤリ・ハットの情報を、どのように分析していますか。(当てはまるものをすべてに○をつけてください)

1. 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
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
3. 介護事故やヒヤリ・ハット等の件数を集計している
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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
8. その他（)
9. 分析していない →設問(36)へ

(35) 介護事故情報およびヒヤリ・ハットの情報を基に原因分析及び再発防止策検討を主に担当している方の職種を選択してください。(当てはまるものをすべてに○をつけてください) ※職種を兼務されている方が該当する場合は両方の職種を選択ください。

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| 1. 施設長 | 6. 介護支援専門員 |
| 2. 事務長 | 7. 機能訓練指導員 |
| 3. 医師 | 8. リハビリテーション専門職 |
| 4. 看護職員 | 9. 栄養士/管理栄養士 |
| 5. 介護職員（以下、a～cに○をつけてください） | 10. 生活相談員 |
| a. 介護主任（介護リーダー） | 11. 事務職員 |
| b. 現場リーダー（フロア/ユニットリーダー） | 12. その他（) |
| c. 現場職員 | 13. 分析していない |

4-3. 介護事故情報およびヒヤリ・ハット情報の活用状況についてお伺いします。

(36) 介護事故やヒヤリ・ハット等の情報をどのように活用していますか（当てはまるものをすべてに○をつけてください）

1. 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
2. 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
3. 介護事故やヒヤリ・ハット等の原因や対応等に着眼し、事故発生の防止のためのマニュアルを改訂している
4. 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
5. 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
6. その他（)
7. 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

(37) 介護事故防止に向けた対策や取組で最も効果をあげたものを3つまで選択してください。(以下の選択肢から○を3つまでつけてください)

- | | |
|-------------------------------|---------------------------|
| 1. 介護事故に関する施設全体の研修の実施 | 8. 他施設の介護事故防止策事例などの情報収集 |
| 2. 介護事故に関するフロア、ユニットごとの研修の実施 | 9. 見守り支援機器等の導入や機器・用具等の見直し |
| 3. 介護事故に関する研修（施設外）への参加 | 10. その他 |
| 4. 指針・マニュアル等の整備・見直し | () |
| 5. 発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討 | |
| 6. 発生したヒヤリ・ハットの原因究明や再発防止策の検討 | 11. 効果をあげたものはない |
| 7. 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 | 12. 介護事故防止の対策は実施していない |

(38) 介護事故防止のための施設の課題はありますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. 介護事故発生のための指針が現場に浸透していない | 8. 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 |
| 2. 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 | 9. 介護事故発生防止のための研修の成果が出ていない |
| 3. 事故発生防止のための委員会が十分に機能していない | 10. 人手不足により利用者の安全確保が難しい |
| 4. 施設内の安全対策部門が十分に機能していない | 11. 介護事故やヒヤリ・ハット等の分析方法がわからない |
| 5. 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 | 12. 介護事故やヒヤリ・ハット等を分析する時間がない |
| 6. 安全対策担当者の能力が不足している | 13. 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 |
| 7. 職員の介護技術が不足している | 14. その他 () |
| | 15. 課題はない |

5. 貴施設から市区町村への「介護事故」の報告状況についてお伺いします。

5-1. 市区町村への事故報告書様式についてお伺いします。

(39) 別添資料「事故報告書標準様式(厚労省)」は、介護保険最新情報Vol.943(令和3年3月19日)にて、厚労省より示された介護保険施設等から市区町村への事故報告書標準様式です。貴施設が市区町村に提出している様式は、別添資料と同一ですか。
(以下の選択肢から1つ○をつけてください)

- | | |
|----------|------------|
| 1. はい | →設問(40)-①へ |
| 2. いいえ | →設問(41)へ |
| 3. わからない | →設問(41)へ |

(39) で「1. はい」と回答した方にうかがいます。

(40) -① 事故報告書標準様式(厚労省)の設問項目の量はいかがですか。(以下の選択肢から1つ○をつけてください)

- | | | | | |
|----------|---------|-------|----------|-----------|
| 1. とても多い | 2. やや多い | 3. 適切 | 4. やや少ない | 5. とても少ない |
|----------|---------|-------|----------|-----------|

(40) -② 事故報告書標準様式(厚労省)の設問項目のうち、記載が不要である(活用が想定できない)と思うものを選択してください。
(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- 事故状況の程度
- 事業所の概要(法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地)
- 対象者情報(氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況)
- 事故の概要(発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況)
- 事故発生時の対応(受診方法、受診先、診断名、診断内容等)
- 事故発生後の状況(利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関、本人、家族、関係先等への追加対応予定)
- 事故の要因分析(本人要因、職員要因、環境要因の分析)
- 再発防止策(手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等)
- 不要な項目はない

5-2. 市区町村への介護事故報告件数や方法についてお伺いします。

(41) 施設から市区町村に事故報告書を提出する方法を選択してください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|----------|----------------|
| 1. 電子メール | 5. 窓口手渡し |
| 2. 電話 | 6. Web上の申請システム |
| 3. 郵送 | 7. その他 () |
| 4. FAX | 8. 報告書を提出していない |

(42) 市区町村へ提出する事故報告書を主に記載する人を選択してください。(以下の選択肢から **1つ** ○をつけてください)

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| 1. 介護事故の第一発見者 | 6. リハビリテーション専門職 |
| 2. 現場リーダー (フロア/ユニットリーダー) | 7. 介護支援専門員 |
| 3. 介護主任 (介護リーダー) | 8. 生活相談員 |
| 4. 看護職員 | 9. 施設長 |
| 5. 機能訓練指導員 | 10. その他 () |

(43) 施設から市区町村への介護事故報告 (最終報告) の件数を以下の年度ごとに回答してください。

※事故件数が不明、または事故件数を記録していない場合、「-」と記載してください

	令和3年度	令和2年度	令和元年度	平成30年度	平成29年度
	件	件	件	件	件

(44) -① 施設から市区町村への介護事故報告 (最終報告) について、事故状況の程度ごとに件数を回答してください。(令和3年度実績)

1. 受診(外来・往診)、自施設で応急処置		件
2. 入院		件
3. 死亡		件
4. その他		件

(44) -② 施設から市区町村への介護事故報告 (最終報告) について、事故の種別ごとに件数を回答してください。(令和3年度実績)

※「その他」に関しては報告件数が多かった**事故種別順に3つまで**ご回答ください。

1. 転倒	件	6. 医療処置関連 (チューブ抜去等)	件
2. 転落	件	7. 不明	件
3. 誤嚥・窒息	件	8. その他 ()	件
4. 異食	件	その他 ()	件
5. 誤薬・与薬もれ等	件	その他 ()	件

(45) 貴施設において、介護事故件数 (ヒヤリ・ハット件数含む) は直近5年間で減少傾向にありますか。

(以下の選択肢から **1つ** ○をつけてください)

1. 減少傾向にある 2. 変わらない →設問 (46)へ 3. 増加傾向にある →設問 (46)へ

(45) で「1. 減少傾向にある」と回答した方にうかがいます。

(45) -① 介護事故件数 (ヒヤリ・ハット件数含む) が減少した要因として考えられるものを選択してください。

(当てはまるもの**すべて**に○をつけてください)

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| 1. 安全対策担当者の配置 | 10. 他施設の介護事故防止策事例などの情報収集 |
| 2. 介護事故に関する研修 (施設外) への参加 | 11. 見守り支援機器等の導入や機器・用具等の見直し |
| 3. 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 | 12. 入居者属性の変化 |
| 4. 介護事故発生防止のための委員会の設置・運営 | 13. 職員体制の変化 (人数・スキル等) |
| 5. 介護事故に関する施設全体の研修の実施 | 14. 安全対策に対する職員の意識・自覚の高まり |
| 6. 介護事故に関するフロア、ユニットごとの研修の実施 | 15. 新型コロナウイルスの影響 |
| 7. 発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討 | 16. その他 |
| 8. 発生したヒヤリ・ハットの原因究明や再発防止策の検討 | () |
| 9. 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 | 17. わからない |

5-3. 市区町村からの支援状況についてお伺いします。

(46) 介護事故防止や再発防止に関して、市区町村からどのような支援を得ていますか。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

【介護事故の個別ケースに関する支援】

1. 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
2. 施設で発生した介護事故の原因分析にかかる助言
3. 施設で発生した介護事故の再発防止策にかかる助言

【介護事故情報の集計データを活用した支援】

4. 自治体内の介護事故の集計・分析結果の共有・説明
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
6. 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

【各種情報提供】

7. 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
8. 自施設の介護事故発生状況に適した外部研修の案内
9. 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
10. 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
11. 自施設の介護事故発生状況に適したマニュアルの提供
12. その他（ ）
13. 市区町村からの支援は得ていない

(47) 介護事故防止や再発防止に関して、市区町村からどのような支援が得られると有用ですか。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

【介護事故の個別ケースに関する支援】

1. 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
2. 施設で発生した介護事故の原因分析にかかる助言
3. 施設で発生した介護事故の再発防止策にかかる助言

【介護事故情報の集計データを活用した支援】

4. 自治体内の介護事故の集計・分析結果の共有・説明
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
6. 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

【各種情報提供】

7. 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
8. 自施設の介護事故発生状況に適した外部研修の案内
9. 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
10. 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
11. 自施設の介護事故発生状況に適したマニュアルの提供
12. その他（ ）
13. 市区町村からの支援は必要ない
14. わからない

(48) 施設から市区町村への介護事故報告にあたり、感じている課題について選択してください。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

1. 介護事故の事実確認に時間がかかる
2. 市区町村指定の事故報告書の作成に慣れていない
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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）
7. 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
8. その他（ ）
9. 特に無い

記入内容についてお伺いする場合がございます。貴施設名、お電話番号をご記載ください。

貴施設名

貴施設のお電話番号

以上となります。ご協力ありがとうございました。

老健票

令和4年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査） 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

※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。

※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。**

※**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、令和4年9月1日または、質問に記載している期間とします。

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

(1) 所在地		都道府県	市区町村	(2) 開設年 (西暦)		年
(3) 入所定員数 (短期入所療養介護を除く)		人	(4) 短期入所療養介護 受け入れ人数 (令和3年度実績)			人
(5) 要介護度別入所者数 (短期入所療養介護の利用者 を除く)	要介護5	人	(6) 認知症高齢者の 日常生活自立度別入所者数 (短期入所療養介護の利用者 を除く)	I		人
	要介護4	人		II a		人
	要介護3	人		II b		人
	要介護2	人		III a		人
	要介護1	人		III b		人
				IV		人
			M		人	
(7) 居室区分 (当てはまるもの すべてに○ をつけてください)	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		(8) 在宅復帰・在宅療養 支援機能に対する評価 (選択肢から 1つ○ をつけて ください)	1. 超強化型 2. 在宅強化型 3. 加算型 4. 基本型 5. その他型		
(9) 人員配置に関わる施設全体の職員数 (常勤換算人数) ※常勤職員の所定労働時間が40時間/週の場合、常勤換算数は 「常勤職員の人数 + (非常勤職員の1週間の勤務時間合計 ÷ 40時間)」としてください。						人
(10) 介護老人保健施設 リスクマネジャー認定者数		人				
(11) 運営主体 (選択肢から 1つ○ をつけて ください)	1. 医療法人 2. 市区町村、広域連合・一部事務組合 3. 社会福祉法人 4. その他 ()					
(12) 施設の運営形態 (選択肢から 1つ○ をつけて ください)	1. 施設単独の運営 (1つの法人で1つの施設を運営している場合) 2. 複数事業所のグループ経営 (1つの法人で複数事業所を運営している場合、または事業を運営するうえで密接に関連する法人が複数存在する場合)					

2. 貴施設の安全管理体制にかかる加算・減算の状況についてお伺いします。

令和3年度報酬改定において、組織的な安全対策体制の整備を評価する「安全対策体制加算」が新設されました。また、運営基準における介護事故の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合における「安全管理体制未実施減算」が新設されました。

2-1. 安全対策体制加算についてお伺いします。

(13) 令和4年9月分介護報酬請求 (令和4年8月実績) において、安全対策体制加算を届出・算定しましたか。
(以下の選択肢から**1つ○**をつけてください)

1. 算定した →設問 (14)へ

2. 算定していない →設問 (15)へ

※「安全対策体制加算」の算定には、外部の研修を受けた安全対策担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていることが要件となっています。

1. 全国老人福祉施設協議会
2. 全国老人保健施設協会
3. 日本慢性期医療協会
4. その他（ ）

1. 指針や指針に基づくマニュアル等の作成や見直し	6. 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
2. 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	7. 利用者一人一人のリスク評価
3. 施設全体の介護事故防止策に関する検討	8. 介護事故防止のための研修の企画
4. 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	9. 施設の安全対策に関する外部情報の入手
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	10 施設の安全対策に関する施設内の定期・不定期の見回り
	11 その他（ ）

1. 施設長	6. 介護支援専門員
2. 事務長	7. リハビリテーション専門職
3. 医師	8. 栄養士/管理栄養士
4. 看護職員	9. 薬剤師
5. 介護職員（以下、a～cに○をつけてください）	10. 歯科衛生士
a. 介護主任（介護リーダー）	11. 支援相談員
b. 現場リーダー（フロア/ユニットリーダー）	12. 事務職員
c. 現場職員	13. その他（ ）

回答いただいた後、3.施設の安全管理体制の整備状況へ

1. ある 2. ない

1. 加算の意義や必要性が感じられない
2. 外部の研修を受けた担当者を配置できない →設問（15）-③もご回答ください
3. 施設内に安全対策部門を設置できない
4. 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
5. 人件費等のコストが加算額に見合わない
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
7. 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
8. その他（ ）

(15) -③ (15) -②で、「2. 外部の研修を受けた担当者を配置できない」を選択した方に伺います。
外部の研修を受けた職員を配置できない理由を選択してください。（当てはまるもの**すべて**に○をつけてください）

1. 職員に外部の研修を受講してもらう経費の支出に余裕がない 3. 外部の研修の必要性を感じていない
2. 職員に外部の研修を受講してもらう時間的な余裕がない 4. その他（ ）

2-2. 安全管理体制未実施減算についてお伺いします。((13) で、「2. 算定していない」と回答した方)

(16) 令和4年9月請求（8月実績）において、安全管理体制未実施減算に該当していますか。（以下の選択肢から**1つ〇**をつけてください）

1. 該当 → 設問 (17) もご回答ください

(17) (16)で、「1. 該当」と回答した方にうかがいます。

運営基準のうち、満たすことができなかった要件を教えてください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 介護事故発生防止のための指針の整備
2. 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
3. 介護事故報告の分析を通じた改善策に従業者に周知徹底する体制の整備
4. 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
5. 介護事故発生防止のための研修の定期的な実施
6. 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. 貴施設の安全管理体制の整備状況について伺います。

3-1. 令和3年度介護報酬改定にて設置が義務付けられた安全対策担当者について伺います。

(18) -① 安全対策担当者の職種を選択してください。(当てはまるもの**すべて**に○をつけてください)

※職種を兼務されている方が含まれる場合は両方の職種を選択ください。

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| 1. 施設長 | 6. 介護支援専門員 |
| 2. 事務長 | 7. リハビリテーション専門職 |
| 3. 医師 | 8. 栄養士/管理栄養士 |
| 4. 看護職員 | 9. 薬剤師 |
| 5. 介護職員（以下、a～cに○をつけてください） | 10. 歯科衛生士 |
| a. 介護主任（介護リーダー） | 11. 支援相談員 |
| b. 現場リーダー（フロア/ユニットリーダー） | 12. 事務職員 |
| c. 現場職員 | 13. その他（ ） |

(18) -② 安全対策担当者の人数
を回答してください

人

(18) -③ 安全対策担当者のうち、最も中心を担っている職種を教えてください。
※(18)-①選択肢の1～13の数字を記載

(19) 安全対策担当者の役割を選択してください。(当てはまるもの**すべて**に○をつけてください)

【施設の安全管理体制構築】

1. 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
2. 介護事故発生防止のための指針・マニュアルの作成
3. 介護事故発生防止のための委員会の運営
4. 介護事故発生防止のための研修の運営
5. 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)

【介護事故およびヒヤリ・ハット情報の整理・報告】

6. 自治体へ提出する事故報告書の記載
7. 自治体への事故報告書の提出
8. 介護事故やヒヤリ・ハット等の発生数の整理
- 【介護事故およびヒヤリ・ハット情報の分析・指導】**
9. 発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の原因調査・分析
10. 介護事故報告の分析を通じた改善策の周知・指導
11. その他（

3-2. 介護事故発生の防止のための指針等や、指針に基づくマニュアル等※についてお伺いします。

※「指針」とは、基準省令36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。

「マニュアル等」とは、具体的行動基準、手順書、覚書、細則、介護事故発生時対応マニュアル等を指します。

(20) 介護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を選択してください。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

1. 介護事故防止に関する基本理念や考え方	10. 自治体への報告手順
2. 介護事故防止のための委員会や組織体制	11. 事故報告書の記載方法
3. 介護事故防止における各職種の役割	12. 入所者・家族等による指針の閲覧
4. 介護事故防止のための職員研修	13. 行政からの通知・事務連絡の引用や添付
5. 介護事故発生直後の具体的な対応手順	14. 入居者の尊厳の保持、身体拘束廃止に関する事項
6. ヒヤリ・ハット発生後の具体的な対応手順	15. その他
7. 発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討	()
8. 発生したヒヤリ・ハットの原因究明や再発防止策の検討	16. 指針・マニュアル等を作成していない
9. 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	

(21) 介護事故発生の防止のための指針・マニュアル等の活用状況を選択してください。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

1. 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	6. 家族への説明時に使用している
2. 定期的に会議や研修等で活用している	7. その他
3. 職員が手に取れるようフロア毎に設置し、いつでも確認できるようにしている	()
4. 介護事故発生時に、対応方法等を確認している	8. 活用できていない
5. 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	9. 指針・マニュアル等を作成していない

(22) 介護事故発生の防止のための指針・マニュアルは見直していますか。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

1. 定期的に見直している	4. 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
2. 不定期に見直している	5. 見直していない
3. 介護事故発生後に見直している	6. 指針・マニュアル等を作成していない

3-3. 「事故発生の防止のための委員会」の設置状況等についてお伺いします。

（※「事故発生の防止のための委員会」とは、基準省令36条第1項三号に定めるものを指します）

(23) 貴施設における事故発生の防止のための委員会（ワーキンググループ含む）の開催状況を選択してください。（以下の選択肢から1つ○をつけてください）

1. 毎月開催	5. 必要時に開催
2. 2～3か月に1回程度開催	6. その他
3. 半年に1回開催	()
4. 1年に1回開催	7. 開催していない →設問（25）へ

(24) (23) で「1. 毎月開催」～「6. その他」と回答した方にうかがいます。

(24) -① 令和3年度の開催回数		回	(24) -② ワーキンググループ設置有無	1. 有	2. 無
(24) -③ 事故発生の防止のための委員会の設置単位 (右の選択肢から1つ○をつけてください)	1. 施設内 2. 経営母体の法人 3. その他 ()				

(24) -④ 委員構成メンバー（当てはまるもの<u>すべてに</u>○をつけてください） ※職種を兼務されている方が含まれる場合は両方の職種を選択ください。		1. 施設長 2. 事務長 3. 医師 4. 看護職員 5. 介護職員（以下、a～cに○をつけてください） a. 介護主任（介護リーダー） b. 現場リーダー（フロア/ユニットリーダー） c. 現場職員		6. 介護支援専門員 7. リハビリテーション専門職 8. 栄養士/管理栄養士 9. 薬剤師 10. 歯科衛生士 11. 支援相談員 12. 事務職員 13. その他（ ）	
(24) -⑤ 委員構成メンバーに外部有識者が入っている場合、その職種を教えてください。（当てはまるもの<u>すべてに</u>○をつけてください）					
1. 学識経験者 2. 専門コンサルタント 3. 医師 4. 看護師		5. リハビリテーション専門職 6. 弁護士 7. その他（ ） 8. 入っていない			
(24) -⑥ 委員会での検討事項を選択してください。（当てはまるもの<u>すべてに</u>○をつけてください）					
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・ハット等の全体の傾向の分析		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（ ）			
(24) -⑦ 委員会での検討を経て、法人内/施設内での決定事項を職員へ周知する方法を選択してください。（当てはまるもの<u>すべてに</u>○をつけてください）					
1. シフト交代時の業務連絡（朝礼等）を通じた周知 2. 施設内の定例の研修や会議を通じた周知 3. 特別の研修や会議を開催し、その場を通じて周知 4. 文書（紙媒体）の配布・回覧・掲示による周知		5. デジタルツール（Eメール、グループウェア等）による周知 6. その他（ ） 7. 職員への周知は行っていない			
3-4. 介護事故防止のための研修（令和3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36条第1項三号に定めるものを指します）					
(25) 令和3年度の開催回数 施設内研修が無い場合、「0」と記入のうえ設問（32）へ		回		(26) 入職時研修の有無 （右の選択肢から<u>1</u>つ○をつけてください）	
				1. 有 2. 無	
(27) 職員のうち令和3年度中に研修を受講した者の割合を常勤・非常勤それぞれ選択してください。 （以下の選択肢から<u>1</u>つ○をつけてください）※欠席した場合の資料回覧は含まない					
(27) -① 常勤職員のうち 研修を受講した者の割合 （右の選択肢から<u>1</u>つ○をつけてください）		1. 8割以上が受講 2. 6割以上8割未満が受講 3. 4割以上6割未満が受講 4. 4割未満が受講		(27) -② 非常勤職員のうち 研修を受講した者の割合 （右の選択肢から<u>1</u>つ○をつけてください）	
				1. 8割以上が受講 2. 6割以上8割未満が受講 3. 4割以上6割未満が受講 4. 4割未満が受講 5. 非常勤はいない	
(28) 研修の実施時間（研修1回あたりの平均）を選択してください。（以下の選択肢から<u>1</u>つ○をつけてください）					
1. 1時間未満 2. 1時間以上2時間未満 3. 2時間以上3時間未満		4. 3時間以上 5. その他（書面開催等）			

(29) 研修の講師を選択してください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

※職種を兼務されている方が含まれる場合は両方の職種を選択ください。

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| 1. 施設長 | 8. 現場リーダー（フロア/ユニットリーダー） |
| 2. 事務長 | 9. 介護のリスクマネジメントが専門の外部講師 |
| 3. 医師 | 10. 医療安全が専門の外部講師 |
| 4. 看護職員 | 11. 法学が専門の外部講師 |
| 5. 機能訓練指導員 | 12. 他の分野が専門の外部講師 |
| 6. リハビリテーション専門職 | 13. その他 |
| 7. 介護主任（介護リーダー） | （ |

）

(30) 研修内容として該当するものを選択してください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| 1. 介護事故やヒヤリ・ハット等の定義 | 7. 具体的な介護事故事例の分析 |
| 2. 介護事故やヒヤリ・ハット等を報告する意義 | 8. グループワークを通じたケーススタディ |
| 3. 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 | 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 |
| 4. 指針や指針に基づくマニュアル等の周知 | 10. 行政からの通知・事務連絡の内容の解説 |
| 5. 介護事故やヒヤリ・ハット等の発生時の対応 | 11. その他 |
| 6. 業務内容ごとのケア手順（実技含む） | （ |

）

(31) 研修の実施に対する課題を選択してください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 効果的な研修の内容や方法に関する情報が得られない
2. 研修の講師を行う職員の負担が大きい
3. 研修時間を確保することや日時の調整が困難
4. 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
5. 職員の理解度に差がある
6. 職員の理解度を評価することが困難
7. 研修内容が実践に生かされていない
8. 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
9. その他（
10. 特に課題はない

）

3-5. 介護事故に起因する利用者・家族とのトラブルについてお伺いします。

(32) 介護事故に起因する利用者・家族とのトラブルについて、どのような対策や防止策を行っていますか。

(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 利用開始時の契約書や説明書等に、防ぐことが困難な介護事故のリスクに関する内容を盛り込んでいる
2. 防ぐことが困難な介護事故のリスクについて、利用者や家族に説明している
3. 介護事故発生後、事故状況や対応した事項について、すぐに家族へ連絡している
4. 介護事故発生状況や対応した事項について、記録に残している
5. 利用者・家族とのトラブルを未然に防ぐための対応方法について、指針・マニュアル等に記載している
6. 顧問弁護士の契約を締結するなど、弁護士等に相談ができる、または弁護士等による介入を依頼できる体制を整備している
7. 介護事故対応において、組織的な指示命令のもと、迅速に対応する仕組みを構築している
8. 身体拘束廃止の理念、方針、取組について、利用者や家族に説明している
9. その他 ()
10. 対策・防止策は行っていない
11. 利用者・家族とのトラブルはない

4. 貴施設における介護事故情報及びヒヤリ・ハットの整理・分析・活用状況についてお伺いします。

4-1. 介護事故情報およびヒヤリ・ハット情報の整理状況についてお伺いします。

(33) 施設内で発生した介護事故情報を、何に記載していますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 市区町村で定めている事故報告書様式に記載している
2. 施設独自の事故報告書に記載している
3. その他 ()

(34) 施設内でヒヤリ・ハットとして報告対象とする範囲を選択してください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
(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. 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
6. その他 ()
7. 報告対象にしているものはない

(35) 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。(以下の選択肢から1つ○をつけてください)

1. 定めている
2. 定めていない

(36) 施設内で発生したヒヤリ・ハット情報を、何に記載していますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 市区町村で定めている事故報告書様式に項目を合わせて記載している
2. 施設独自の事故報告書に記載している
3. 施設独自のヒヤリ・ハット報告書に記載している
4. その他 ()
5. 記載していない

4-2. 介護事故情報およびヒヤリ・ハット情報の分析状況についてお伺いします。

(37) 発生した介護事故およびヒヤリ・ハットの情報を、どのように分析していますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 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
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
3. 介護事故やヒヤリ・ハット等の件数を集計している
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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
8. その他（)
9. 分析していない →設問（39）へ

(38) 介護事故情報およびヒヤリ・ハットの情報を基に原因分析及び再発防止策検討を主に担当している方の職種を選択してください。(当てはまるものすべてに○をつけてください) ※職種を兼務されている方が該当する場合は両方の職種を選択ください。

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| 1. 施設長 | 7. リハビリテーション専門職 |
| 2. 事務長 | 8. 栄養士/管理栄養士 |
| 3. 医師 | 9. 薬剤師 |
| 4. 看護職員 | 10. 歯科衛生士 |
| 5. 介護職員（以下、a～cに○をつけてください） | 11. 支援相談員 |
| a. 介護主任（介護リーダー） | 12. 事務職員 |
| b. 現場リーダー（フロア/ユニットリーダー） | 13. その他（) |
| c. 現場職員 | 14. 分析していない |
| 6. 介護支援専門員 | |

4-3. 介護事故情報およびヒヤリ・ハット情報の活用状況についてお伺いします。

(39) 介護事故やヒヤリ・ハット等の情報をどのように活用していますか（当てはまるものすべてに○をつけてください）

1. 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
2. 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
3. 介護事故やヒヤリ・ハット等の原因や対応等に着眼し、事故発生防止のためのマニュアルを改訂している
4. 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
5. 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
6. その他（)
7. 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

(40) 介護事故防止に向けた対策や取組で最も効果をあげたものを3つまで選択してください。(以下の選択肢から○を3つまでつけてください)

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1. 介護事故に関する施設全体の研修の実施 | 7. 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 |
| 2. 介護事故に関するフロア、ユニット毎の研修の実施 | 8. 他施設の介護事故防止策事例などの情報収集 |
| 3. 介護事故に関する研修（施設外）への参加 | 9. 見守り支援機器等の導入や機器・用具等の見直し |
| 4. 指針・マニュアル等の整備・見直し | 10. その他（) |
| 5. 発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討 | 11. 効果をあげたものはない |
| 6. 発生したヒヤリ・ハットの原因究明や再発防止策の検討 | 12. 介護事故防止の対策は実施していない |

(41) 介護事故防止のための施設の課題はありますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. 介護事故発生のための指針が現場に浸透していない | 8. 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 |
| 2. 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 | 9. 介護事故発生防止のための研修の成果が出ていない |
| 3. 介護事故発生防止のための委員会が十分に機能していない | 10. 人手不足により利用者の安全確保が難しい |
| 4. 施設内の安全対策部門が十分に機能していない | 11. 介護事故やヒヤリ・ハット等の分析方法がわからない |
| 5. 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 | 12. 介護事故やヒヤリ・ハット等を分析する時間がない |
| 6. 安全対策担当者の能力が不足している | 13. 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 |
| 7. 職員の介護技術が不足している | 14. その他 () |
| | 15. 課題はない |

5. 貴施設から市区町村への「介護事故」の報告状況についてお伺いします。

5-1. 市区町村への事故報告書様式についてお伺いします。

(42) 別添資料「事故報告書標準様式(厚労省)」は、介護保険最新情報Vol.943(令和3年3月19日)にて、厚労省より示された介護保険施設等から市区町村への事故報告書標準様式です。貴施設が市区町村に提出している様式は、別添資料と同一ですか。

(以下の選択肢から1つ○をつけてください)

- | | |
|----------|------------|
| 1. はい | →設問(43)-①へ |
| 2. いいえ | →設問(44)へ |
| 3. わからない | →設問(44)へ |

(42) で「1. はい」と回答した方

(43) -① 事故報告書標準様式(厚労省)の設問項目の量はいかがですか。(以下の選択肢から1つ○をつけてください)

- | | | | | |
|----------|---------|-------|----------|-----------|
| 1. とても多い | 2. やや多い | 3. 適切 | 4. やや少ない | 5. とても少ない |
|----------|---------|-------|----------|-----------|

(43) -② 事故報告書標準様式(厚労省)の設問項目のうち、記載が不要である(活用が想定できない)と思うものを選択してください。

(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- 事故状況の程度
- 事業所の概要(法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地)
- 対象者情報(氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況)
- 事故の概要(発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況)
- 事故発生時の対応(受診方法、受診先、診断名、診断内容等)
- 事故発生後の状況(利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関、本人、家族、関係先等への追加対応予定)
- 事故の要因分析(本人要因、職員要因、環境要因の分析)
- 再発防止策(手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等)
- 不要な項目はない

5-2. 市区町村への介護事故報告件数や方法についてお伺いします。

(44) 施設から市区町村に事故報告書を提出する方法を選択してください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|----------|----------------|
| 1. 電子メール | 5. 窓口手渡し |
| 2. 電話 | 6. Web上の申請システム |
| 3. 郵送 | 7. その他 () |
| 4. FAX | 8. 報告書を提出していない |

(45) 市区町村へ提出する事故報告書を主に記載する人を選択してください。(以下の選択肢から **1つ** ○をつけてください)

- | | |
|--------------------------|------------|
| 1. 介護事故の第一発見者 | 6. 介護支援専門員 |
| 2. 現場リーダー (フロア/ユニットリーダー) | 7. 支援相談員 |
| 3. 介護主任 (介護リーダー) | 8. 施設長 |
| 4. 看護職員 | 9. その他 () |
| 5. リハビリテーション専門職 | |

(46) 施設から市区町村への介護事故報告 (最終報告) の件数を以下の年度ごとに回答してください。

※事故件数が不明、または事故件数を記録していない場合、「-」と記載してください

	令和3年度	令和2年度	令和元年度	平成30年度	平成29年度
	件	件	件	件	件

(47) -① 施設から市区町村への介護事故報告 (最終報告) について、事故状況の程度ごとに件数を回答してください。(令和3年度実績)

1. 受診(外来・往診)、自施設で応急処置		件
2. 入院		件
3. 死亡		件
4. その他		件

(47) -② 施設から市区町村への介護事故報告 (最終報告) について、事故の種別ごとに件数を回答してください。(令和3年度実績)

※「その他」に関しては報告件数が多かった**事故種別順に3つまで**ご回答ください。

1. 転倒	件	6. 医療処置関連 (チューブ抜去等)		件
2. 転落	件	7. 不明		件
3. 誤嚥・窒息	件	8. その他 ()		件
4. 異食	件	その他 ()		件
5. 誤薬・与薬もれ等	件	その他 ()		件

(48) 貴施設において、介護事故件数 (ヒヤリ・ハット件数含む) は直近5年間で減少傾向にありますか。

(以下の選択肢から **1つ** ○をつけてください)

1. 減少傾向にある 2. 変わらない →設問 (49) へ 3. 増加傾向にある →設問 (49) へ

(48) で「1. 減少傾向にある」と回答した方にうかがいます。

(48) -① 介護事故件数 (ヒヤリ・ハット件数含む) が減少した要因として考えられるものを選択してください。

(当てはまるもの **すべて** に ○をつけてください)

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| 1. 安全対策担当者の配置 | 10. 他施設の介護事故防止策事例などの情報収集 |
| 2. 介護事故に関する研修 (施設外) への参加 | 11. 見守り支援機器等の導入や機器・用具等の見直し |
| 3. 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 | 12. 入居者属性の変化 |
| 4. 介護事故発生防止のための委員会の設置・運営 | 13. 職員体制の変化 (人数・スキル等) |
| 5. 介護事故に関する施設全体の研修の実施 | 14. 安全対策に対する職員の意識・自覚の高まり |
| 6. 介護事故に関するフロア、ユニットごとの研修の実施 | 15. 新型コロナウイルスの影響 |
| 7. 発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討 | 16. その他 |
| 8. 発生したヒヤリ・ハットの原因究明や再発防止策の検討 | () |
| 9. 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 | 17. わからない |

5-3. 市区町村からの支援状況についてお伺いします。

(49) 介護事故防止や再発防止に関して、市区町村からどのような支援を得ていますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

【介護事故の個別ケースに関する支援】

1. 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
2. 施設で発生した介護事故の原因分析にかかる助言
3. 施設で発生した介護事故の再発防止策にかかる助言

【介護事故情報の集計データを活用した支援】

4. 自治体内の介護事故の集計・分析結果の共有・説明
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
6. 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

【各種情報提供】

7. 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
8. 自施設の介護事故発生状況に適した外部研修の案内
9. 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
10. 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
11. 自施設の介護事故発生状況に適したマニュアルの提供
12. その他
()
13. 市区町村からの支援は得ていない

(50) 介護事故防止や再発防止に関して、市区町村からどのような支援が得られると有用ですか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

【介護事故の個別ケースに関する支援】

1. 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
2. 施設で発生した介護事故の原因分析にかかる助言
3. 施設で発生した介護事故の再発防止策にかかる助言

【介護事故情報の集計データを活用した支援】

4. 自治体内の介護事故の集計・分析結果の共有・説明
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
6. 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

【各種情報提供】

7. 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
8. 自施設の介護事故発生状況に適した外部研修の案内
9. 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
10. 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
11. 自施設の介護事故発生状況に適したマニュアルの提供
12. その他
()
13. 市区町村からの支援は必要ない
14. わからない

(51) 施設から市区町村への介護事故報告にあたり、感じている課題について選択してください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 介護事故の事実確認に時間がかかる
2. 市区町村指定の事故報告書の作成に慣れていない
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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）
7. 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
8. その他 ()
9. 特に無い

記入内容についてお伺いする場合がございます。貴施設名、お電話番号をご記載ください。

貴施設名

貴施設のお電話番号

以上となります。ご協力ありがとうございました。

介護施設票

令和4年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査） 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

※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。

※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。**

※**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、令和4年9月1日または、質問に記載している期間とします。

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

(1) 所在地		都道府県		市区町村		(2) 開設年 (西暦)		年
(3) 入所定員数 (短期入所療養介護を除く)		人		(4) 短期入所療養介護 受け入れ人数 (令和3年度実績)				人
(5) 要介護度別入所者数 (短期入所療養介護の利用者 を除く)	要介護5		人	(6) 認知症高齢者の 日常生活自立度別入所者数 (短期入所療養介護の利用者 を除く)	I			人
	要介護4		人		II a			人
	要介護3		人		II b			人
	要介護2		人		III a			人
	要介護1		人		III b			人
					IV			人
			M			人		
(7) 居室区分 (当てはまるもの すべてに○ をつけてください)	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			(8) 施設類型 (選択肢から 1つ○ をつけてください)	1. I 型 (療養機能強化型) 2. II 型			
(9) 人員配置に関わる施設全体の職員数 (常勤換算人数) ※常勤職員の所定労働時間が40時間/週の場合、常勤換算数は 「常勤職員の人数 + (非常勤職員の1週間の勤務時間合計 ÷ 40時間)」としてください。							人	
(10) 運営主体 (選択肢から 1つ○ をつけて ください)	1. 医療法人 2. 市区町村、広域連合・一部事務組合 3. 社会福祉法人 4. その他 ()							
(11) 施設の運営形態 (選択肢から 1つ○ をつけて ください)	1. 施設単独の運営 (1つの法人で1つの施設を運営している場合) 2. 複数事業所のグループ経営 (1つの法人で複数事業所を運営している場合、または事業を運営するうえで密接に関連する法人が複数存在する場合)							

2. 貴施設の安全管理体制にかかる加算・減算の状況についてお伺いします。

令和3年度報酬改定において、組織的な安全対策体制の整備を評価する「安全対策体制加算」が新設されました。また、運営基準における介護事故の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合における「安全管理体制未実施減算」が新設されました。

2-1. 安全対策体制加算についてお伺いします。

(12) 令和4年9月分介護報酬請求 (令和4年8月実績) において、安全対策体制加算を届出・算定しましたか。
(以下の選択肢から**1つ○**をつけてください)

1. 算定した →設問 (13) へ

2. 算定していない →設問 (14) へ

「安全対策体制加算」の算定には、外部の研修を受けた安全対策担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていることが要件となっています。

1. 全国老人福祉施設協議会	3. 日本慢性期医療協会
2. 全国老人保健施設協会	4. その他（ ）

1. 指針や指針に基づくマニュアル等の作成や見直し	6. 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
2. 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	7. 利用者一人一人のリスク評価
3. 施設全体の介護事故防止策に関する検討	8. 介護事故防止のための研修の企画
4. 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	9. 施設の安全対策に関する外部情報の入手
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	10. 施設の安全対策に関する施設内の定期・不定期の見回り
	11. その他（ ）

1. 施設長	6. 介護支援専門員
2. 事務長	7. リハビリテーション専門職
3. 医師	8. 栄養士/管理栄養士
4. 看護職員	9. 薬剤師
5. 介護職員（以下、a～cに○をつけてください）	10. 歯科衛生士
a. 介護主任（介護リーダー）	11. 支援相談員
b. 現場リーダー（フロア/ユニットリーダー）	12. 事務職員
c. 現場職員	13. その他（

回答いただいた後、3. 施設の安全管理体制の整備状況へ

1. ある 2. ない

1. 加算の意義や必要性が感じられない
2. 外部の研修を受けた担当者を配置できない →設問（14）-③もご回答ください
3. 施設内に安全対策部門を設置できない
4. 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
5. 人件費等のコストが加算額に見合わない
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
7. 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
8. その他（

(14) -③ (14) -②で、「2. 外部の研修を受けた担当者を配置できない」を選択した方に伺います。 外部の研修を受けた職員を配置できない理由を選択してください。（当てはまるものすべてに○をつけてください） 1. 職員に外部の研修を受講してもらう経費の支出に余裕がない 3. 外部の研修の必要性を感じていない 2. 職員に外部の研修を受講してもらう時間的な余裕がない 4. その他（			
2-2. 安全管理体制未実施減算について伺います。（(12)で、「2. 算定していない」と回答した方）			
(15) 令和4年9月請求（8月実績）において、安全管理体制未実施減算に該当していますか。（以下の選択肢から1つ○をつけてください） 1. 該当 2. 非該当 →設問(17) -①へ			
(16) (15)で、「1. 該当」と回答した方にうかがいます。 運営基準のうち、満たすことができなかった要件を教えてください。（当てはまるものすべてに○をつけてください） 1. 介護事故発生防止のための指針の整備 2. 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 3. 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 4. 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 5. 介護事故発生防止のための研修の定期的な実施 6. 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. 貴施設の安全管理体制の整備状況について伺います。			
3-1. 令和3年度介護報酬改定にて設置が義務付けられた安全対策担当者について伺います。			
(17) -① 安全対策担当者の職種と人数を教えてください。（当てはまるものすべてに○をつけてください） ※職種を兼務されている方が含まれる場合は両方の職種を選択ください。 1. 施設長 2. 事務長 3. 医師 4. 看護職員 5. 介護職員（以下、a～cに○をつけてください） a. 介護主任（介護リーダー） b. 現場リーダー（フロア/ユニットリーダー） c. 現場職員 6. 介護支援専門員 7. リハビリテーション専門職 8. 栄養士/管理栄養士 9. 薬剤師 10. 歯科衛生士 11. 支援相談員 12. 事務職員 13. その他（			
(17) -② 安全対策担当者の人数を回答してください		人	(17) -③ 安全対策担当者のうち、最も中心を担っている職種を教えてください。 ※(17)-①選択肢の1～13の数字を記載
(18) 安全対策担当者の役割を選択してください。（当てはまるものすべてに○をつけてください） 【施設の安全管理体制構築】 1. 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 2. 介護事故発生防止のための指針・マニュアルの作成 3. 介護事故発生防止のための委員会の運営 4. 介護事故発生防止のための研修の運営 5. 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） 【介護事故およびヒヤリ・ハット情報の整理・報告】 6. 自治体へ提出する事故報告書の記載 7. 自治体への事故報告書の提出 8. 介護事故やヒヤリ・ハット等の発生数の整理 【介護事故およびヒヤリ・ハット情報の分析・指導】 9. 発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の原因調査・分析 10. 介護事故報告の分析を通じた改善策の周知・指導 11. その他（			

3-2. 介護事故発生の防止のための指針等や、指針に基づくマニュアル等※についてお伺いします。

※「指針」とは、基準省令40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。

「マニュアル等」とは、具体的な行動基準、手順書、覚書、細則、介護事故発生時対応マニュアル等を指します。

(19) 介護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を選択してください。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. 介護事故防止に関する基本理念や考え方 | 10. 自治体への報告手順 |
| 2. 介護事故防止のための委員会や組織体制 | 11. 事故報告書の記載方法 |
| 3. 介護事故防止における各職種の役割 | 12. 入所者・家族等による指針の閲覧 |
| 4. 介護事故防止のための職員研修 | 13. 行政からの通知・事務連絡の引用や添付 |
| 5. 介護事故発生直後の具体的な対応手順 | 14. 入居者の尊厳の保持、身体拘束廃止に関する事項 |
| 6. ヒヤリ・ハット発生後の具体的な対応手順 | 15. その他 |
| 7. 発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討 | () |
| 8. 発生したヒヤリ・ハットの原因究明や再発防止策の検討 | 16. 指針・マニュアル等を作成していない |
| 9. 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 | |

(20) 介護事故発生の防止のための指針・マニュアル等の活用状況を選択してください。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

- | | |
|--|----------------------|
| 1. 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 | 6. 家族への説明時に使用している |
| 2. 定期的に会議や研修等で活用している | 7. その他 |
| 3. 職員が手に取れるようフロア毎に設置し、
いつでも確認できるようにしている | () |
| 4. 介護事故発生時に、対応方法等を確認している | 8. 活用できていない |
| 5. 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 | 9. 指針・マニュアル等を作成していない |

(21) 介護事故発生の防止のための指針・マニュアルは見直していますか。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

- | | |
|-------------------|-----------------------------------|
| 1. 定期的に見直している | 4. 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 |
| 2. 不定期に見直している | 5. 見直していない |
| 3. 介護事故発生後に見直している | 6. 指針・マニュアル等を作成していない |

3-3. 「事故発生の防止のための委員会」の設置状況等についてお伺いします。

（※「事故発生の防止のための委員会」とは、基準省令40条第1項三号に定めるものを指します）

(22) 貴施設における事故発生の防止のための委員会（ワーキンググループ含む）の開催状況を選択してください。

（以下の選択肢から1つ○をつけてください）

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| 1. 毎月開催 | 5. 必要時に開催 |
| 2. 2～3か月に1回程度開催 | 6. その他 () |
| 3. 半年に1回開催 | 7. 開催していない →設問 (24) へ |
| 4. 1年に1回開催 | |

(23) (22) で「1. 毎月開催」～「6. その他」と回答した方にうかがいます。

(23) -① 令和3年度の開催回数		回	(23) -② ワーキンググループ設置有無	1. 有	2. 無
(23) -③ 事故発生の防止 のための委員会の設置単位 (右の選択肢から <u>1つ</u> ○をつけ てください)	1. 施設内 2. 経営母体の法人 3. その他 ()				

(23) -④ 委員構成メンバー (当てはまるものすべてに○をつけてください) ※職種を兼務されている方が含まれる場合は両方の職種を選択してください。		1. 施設長 2. 事務長 3. 医師 4. 看護職員 5. 介護職員（以下、a～cに○をつけてください） a. 介護主任（介護リーダー） b. 現場リーダー（フロア/ユニットリーダー） c. 現場職員		6. 介護支援専門員 7. リハビリテーション専門職 8. 栄養士/管理栄養士 9. 薬剤師 10. 歯科衛生士 11. 支援相談員 12. 事務職員 13. その他（	
(23) -⑤ 構成メンバーに外部有識者が入っている場合、その職種を教えてください。（当てはまるものすべてに○をつけてください）					
1. 学識経験者 2. 専門コンサルタント 3. 医師 4. 看護師		5. リハビリテーション専門職 6. 弁護士 7. その他（ 8. 入っていない			
(23) -⑥ 委員会での検討事項を選択してください。（当てはまるものすべてに○をつけてください）					
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・ハット等の全体の傾向の分析		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（			
(23) -⑦ 委員会での検討を経て、法人内/施設内での決定事項の周知の方法を選択してください。（当てはまるものすべてに○をつけてください）					
1. シフト交代時の業務連絡（朝礼等）を通じた周知 2. 施設内の定例の研修や会議を通じた周知 3. 特別の研修や会議を開催し、その場を通じて周知 4. 文書（紙媒体）の配布・回覧・掲示による周知		5. デジタルツール（Eメール、グループウェア等）による周知 6. その他 （ 7. 職員への周知は行っていない			
3-4. 介護事故防止のための研修（令和3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40条第1項三号に定めるものを指します)					
(24) 令和3年度の開催回数 施設内研修が無い場合、「0」と記入 のうえ設問（31）へ		回		(25) 入職時研修の有無 (右の選択肢から1つ○をつけてください)	
				1. 有 2. 無	
(26) 職員のうち令和3年度中に研修を受講した者の割合を常勤・非常勤それぞれ選択してください。（以下の選択肢から1つ○をつけてください） ※欠席した場合の資料回覧は含まない					
(26) -① 常勤職員のうち 研修を受講した者の割合 (右の選択肢から1つ○をつけてください)		1. 8割以上が受講 2. 6割以上8割未満が受講 3. 4割以上6割未満が受講 4. 4割未満が受講		(26) -② 非常勤職員のうち 研修を受講した者の割合 (右の選択肢から1つ○をつけてください)	
				1. 8割以上が受講 2. 6割以上8割未満が受講 3. 4割以上6割未満が受講 4. 4割未満が受講 5. 非常勤はいない	
(27) 研修の実施時間（研修1回あたりの平均）を選択してください。（以下の選択肢から1つ○をつけてください）					
1. 1時間未満 2. 1時間以上2時間未満 3. 2時間以上3時間未満		4. 3時間以上 5. その他（書面開催等）			

(28) 研修の講師を選択してください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

※職種を兼務されている方が含まれる場合は両方の職種を選択ください。

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| 1. 施設長 | 8. 現場リーダー（フロア/ユニットリーダー） |
| 2. 事務長 | 9. 介護のリスクマネジメントが専門の外部講師 |
| 3. 医師 | 10. 医療安全が専門の外部講師 |
| 4. 看護職員 | 11. 法学が専門の外部講師 |
| 5. 機能訓練指導員 | 12. 他の分野が専門の外部講師 |
| 6. リハビリテーション専門職 | 13. その他 |
| 7. 介護主任（介護リーダー） | () |

(29) 研修内容として該当するものを選択してください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| 1. 介護事故やヒヤリ・ハット等の定義 | 7. 具体的な介護事故事例の分析 |
| 2. 介護事故やヒヤリ・ハット等を報告する意義 | 8. グループワークを通じたケーススタディ |
| 3. 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 | 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 |
| 4. 指針や指針に基づくマニュアル等の周知 | 10. 行政からの通知・事務連絡の内容の解説 |
| 5. 介護事故やヒヤリ・ハット等の発生時の対応 | 11. その他 |
| 6. 業務内容ごとのケア手順（実技含む） | () |

(30) 研修の実施に対する課題を選択してください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | |
|-------------------------------------|
| 1. 効果的な研修の内容や方法に関する情報が得られない |
| 2. 研修の講師を行う職員の負担が大きい |
| 3. 研修時間を確保することや日時の調整が困難 |
| 4. 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 |
| 5. 職員の理解度に差がある |
| 6. 職員の理解度を評価することが困難 |
| 7. 研修内容が実践に生かされていない |
| 8. 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 |
| 9. その他 () |
| 10. 特に課題はない |

3-5. 介護事故に起因する利用者・家族とのトラブルについてお伺いします。

(31) 介護事故に起因する利用者・家族とのトラブルについて、どのような対策や防止策を行っていますか。

(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | |
|--|
| 1. 利用開始時の契約書や説明書等に、防ぐことが困難な介護事故のリスクに関する内容を盛り込んでいる |
| 2. 防ぐことが困難な介護事故のリスクについて、利用者や家族に説明している |
| 3. 介護事故発生後、事故状況や対応した事項について、すぐに家族へ連絡している |
| 4. 介護事故発生状況や対応した事項について、記録に残している |
| 5. 利用者・家族とのトラブルを未然に防ぐための対応方法について、指針・マニュアル等に記載している |
| 6. 顧問弁護士の契約を締結するなど、弁護士等に相談ができる、または弁護士等による介入を依頼できる体制を整備している |
| 7. 介護事故対応において、組織的な指示命令のもと、迅速に対応する仕組みを構築している |
| 8. 身体拘束廃止の理念、方針、取組について、利用者や家族に説明している |
| 9. その他 () |
| 10. 対策・防止策は行っていない |
| 11. 利用者・家族とのトラブルはない |

4. 貴施設における介護事故情報及びヒヤリ・ハットの整理・分析・活用状況についてお伺いします。

4-1. 介護事故情報およびヒヤリ・ハット情報の整理状況についてお伺いします。

(32) 施設内で発生した介護事故情報を、何に記載していますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 市区町村で定めている事故報告書様式に記載している
2. 施設独自の事故報告書に記載している
3. その他 ()

(33) 施設内でヒヤリ・ハットとして報告対象とする範囲を選択してください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
(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. 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
6. その他 ()
7. 報告対象にしているものはない

(34) 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。(以下の選択肢から1つ○をつけてください)

1. 定めている
2. 定めていない

(35) 施設内で発生したヒヤリ・ハット情報を、何に記載していますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 市区町村で定めている事故報告書様式に項目を合わせて記載している
2. 施設独自の事故報告書に記載している
3. 施設独自のヒヤリ・ハット報告書に記載している
4. その他 ()
5. 記載していない

4-2. 介護事故情報およびヒヤリ・ハット情報の分析状況についてお伺いします。

(36) 発生した介護事故およびヒヤリ・ハットの情報を、どのように分析していますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 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
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
3. 介護事故やヒヤリ・ハット等の件数を集計している
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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
8. その他 ()
9. 分析していない →設問(38)へ

(37) 介護事故情報およびヒヤリ・ハットの情報を基に原因分析及び再発防止策検討を主に担当している方の職種を選択してください。
(当てはまるものすべてに○をつけてください) ※職種を兼務されている方が該当する場合は両方の職種を選択ください。

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| 1. 施設長 | 7. リハビリテーション専門職 |
| 2. 事務長 | 8. 栄養士/管理栄養士 |
| 3. 医師 | 9. 薬剤師 |
| 4. 看護職員 | 10. 歯科衛生士 |
| 5. 介護職員（以下、a～cに○をつけてください） | 11. 支援相談員 |
| a. 介護主任（介護リーダー） | 12. 事務職員 |
| b. 現場リーダー（フロア/ユニットリーダー） | 13. その他（ |
| c. 現場職員 | 14. 分析していない |
| 6. 介護支援専門員 | |

4-3. 介護事故情報およびヒヤリ・ハット情報の活用状況についてお伺いします。

(38) 介護事故およびヒヤリ・ハットの情報を、どのように活用していますか。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

1. 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
2. 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
3. 介護事故やヒヤリ・ハット等の原因や対応等に着眼し、事故発生の防止のためのマニュアルを改訂している
4. 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
5. 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
6. その他（
7. 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

(39) 介護事故防止に向けた対策や取組で最も効果をあげたものを3つまで選択してください。（以下の選択肢から○を3つまでつけてください）

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1. 介護事故に関する施設全体の研修の実施 | 7. 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 |
| 2. 介護事故に関するフロア、ユニット毎の研修の実施 | 8. 他施設の介護事故防止策事例などの情報収集 |
| 3. 介護事故に関する研修（施設外）への参加 | 9. 見守り支援機器等の導入や機器・用具等の見直し |
| 4. 指針・マニュアル等の整備・見直し | 10. その他（ |
| 5. 発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討 | 11. 効果をあげたものはない |
| 6. 発生したヒヤリ・ハットの原因究明や再発防止策の検討 | 12. 介護事故防止の対策は実施していない |

(40) 介護事故防止のための施設の課題はありますか。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. 介護事故発生のための指針が現場に浸透していない | 8. 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 |
| 2. 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 | 9. 介護事故発生防止のための研修の成果が出ていない |
| 3. 介護事故発生防止のための委員会が十分に機能していない | 10. 人手不足により利用者の安全確保が難しい |
| 4. 施設内の安全対策部門が十分に機能していない | 11. 介護事故やヒヤリ・ハット等の分析方法がわからない |
| 5. 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 | 12. 介護事故やヒヤリ・ハット等を分析する時間がない |
| 6. 安全対策担当者の能力が不足している | 13. 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 |
| 7. 職員の介護技術が不足している | 14. その他 |
| | 15. 課題はない |

5. 貴施設から市区町村への「介護事故」の報告状況についてお伺いします。

5-1. 市区町村への事故報告書様式についてお伺いします。

(41) 別添資料「事故報告書標準様式（厚労省）」は、介護保険最新情報Vol.943（令和 3 年 3 月 19 日）にて、厚労省より示された介護保険施設等から市区町村への事故報告書標準様式です。貴施設が市区町村に提出している様式は、別添資料と同一ですか。
(以下の選択肢から1つ○をつけてください)

- 1. はい →設問 (42) -①へ
- 2. いいえ →設問 (43) へ
- 3. わからない →設問 (43) へ

(41) で「1. はい」と回答した方にうかがいます。

(42) -① 事故報告書標準様式（厚労省）の設問項目の量はいかがですか。（以下の選択肢から1つ○をつけてください）

- 1. とても多い 2. やや多い 3. 適切 4. やや少ない 5. とても少ない

(42) -② 事故報告書標準様式（厚労省）の設問項目のうち、記載が不要である（活用が想定できない）と思うものを選択してください。
(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- 1. 事故状況の程度
- 2. 事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）
- 3. 対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況）
- 4. 事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況）
- 5. 事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等）
- 6. 事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関、本人、家族、関係先等への追加対応予定）
- 7. 事故の要因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）
- 8. 再発防止策（手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等）
- 9. 不要な項目はない

5-2. 市区町村への事故報告件数や方法についてお伺いします。

(43) 施設から市区町村に事故報告書を提出する方法を選択してください。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

- 1. 電子メール 5. 窓口手渡し
- 2. 電話 6. Web上の申請システム
- 3. 郵送 7. その他（)
- 4. FAX 8. 報告書を提出していない

(44) 市区町村へ提出する事故報告書を主に記載する人を選択してください。（以下の選択肢から1つ○をつけてください）

- 1. 事故の第一発見者 6. 介護支援専門員
- 2. 現場リーダー（フロア/ユニットリーダー） 7. 支援相談員
- 3. 介護主任（介護リーダー） 8. 施設長
- 4. 看護職員 9. その他（)
- 5. リハビリテーション専門職

(45) 施設から市区町村への介護事故報告（最終報告）の件数を以下の年度ごとに回答してください。

※事故件数が不明、または事故件数を記録していない場合、「－」と記載してください

	令和3年度	令和2年度	令和元年度	平成30年度	平成29年度
	件	件	件	件	件

(46) -① 施設から市区町村への介護事故報告（最終報告）について、事故状況の程度ごとに件数を回答してください。（令和3年度実績）				
1. 受診(外来・往診)、自施設で応急処置				件
2. 入院				件
3. 死亡				件
4. その他				件
(46) -② 施設から市区町村への介護事故報告（最終報告）について、事故の種別ごとに件数を回答してください。（令和3年度実績） ※「その他」に関しては報告件数が多かった 事故種別順に3つまで ご回答ください。				
1. 転倒		件	6. 医療処置関連（チューブ除去等）	件
2. 転落		件	7. 不明	件
3. 誤嚥・窒息		件	8. その他（	件
4. 異食		件	その他（	件
5. 誤薬、与薬もれ等		件	その他（	件
(47) 貴施設において、介護事故件数（ヒヤリ・ハット件数含む）は直近5年間で減少傾向にありますか。 （以下の選択肢から 1つ ○をつけてください）				
1. 減少傾向にある		2. 変わらない →設問（48）へ		3. 増加傾向にある →設問（48）へ
(47) で「1. 減少傾向にある」と回答した方				
(47) -① 介護事故件数（ヒヤリ・ハット件数含む）が減少した要因として考えられるものを選択してください。 （当てはまるもの すべて に○をつけてください）				
1. 安全対策担当者の配置		10. 他施設の介護事故防止策事例などの情報収集		
2. 介護事故に関する研修（施設外）への参加		11. 見守り支援機器等の導入や機器・用具等の見直し		
3. 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		12. 入居者属性の変化		
4. 介護事故発生防止のための委員会の設置・運営		13. 職員体制の変化（人数・スキル等）		
5. 介護事故に関する施設全体の研修の実施		14. 安全対策に対する職員の意識・自覚の高まり		
6. 介護事故に関するフロア、ユニットごとの研修の実施		15. 新型コロナウイルスの影響		
7. 発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討		16. その他		
8. 発生したヒヤリ・ハットの原因究明や再発防止策の検討		()		
9. 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		17. わからない		
5-3. 市区町村からの支援状況についてお伺いします。				
(48) 介護事故防止や再発防止に関して、市区町村からどのような支援を得ていますか。（当てはまるもの すべて に○をつけてください）				
【介護事故の個別ケースに関する支援】		【各種情報提供】		
1. 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		7. 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		
2. 施設で発生した介護事故の原因分析にかかる助言		8. 自施設の介護事故発生状況に適した外部研修の案内		
3. 施設で発生した介護事故の再発防止策にかかる助言		9. 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		
【介護事故情報の集計データを活用した支援】		10. 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		
4. 自治体内の介護事故の集計・分析結果の共有・説明		11. 自施設の介護事故発生状況に適したマニュアルの提供		
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		12. その他 ()		
6. 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		13. 市区町村からの支援は得ていない ()		

(49) 介護事故防止や再発防止に関して、市区町村からどのような支援が得られると有用ですか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

【介護事故の個別ケースに関する支援】

1. 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
2. 施設で発生した介護事故の原因分析にかかる助言
3. 施設で発生した介護事故の再発防止策にかかる助言

【介護事故情報の集計データを活用した支援】

4. 自治体内の介護事故の集計・分析結果の共有・説明
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

6. 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

【各種情報提供】

7. 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
8. 自施設の介護事故発生状況に適した外部研修の案内
9. 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
10. 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
11. 自施設の介護事故発生状況に適したマニュアルの提供
12. その他

13. 市区町村からの支援は必要ない

14. わからない

(50) 施設から市区町村への介護事故報告にあたり、感じている課題について選択してください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 介護事故の事実確認に時間がかかる
2. 市区町村指定の事故報告書の作成に慣れていない
3. 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
4. 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
5. 介護事故1件について複数の自治体に報告する際に、複数の介護事故報告書を作成しなければならない
6. 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）
7. 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
8. その他（
9. 特に無い

記入内容についてお伺いする場合がございます。貴施設名、お電話番号をご記載ください。

貴施設名

貴施設のお電話番号

以上となります。ご協力ありがとうございました。

市区町村票

令和4年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

※本調査票は、介護老人福祉施設と介護老人保健施設、介護医療院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。
※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、令和4年9月1日または、質問に記載している期間とします。

1. 自治体概要

貴自治体の概要について教えてください。

(1) 都道府県名、市区町村名		都道府県		市区町村
(2) 総人口及び65歳以上人口(直近)		総人口 約	人	65歳以上 約
自治体内の施設数	(3) 介護老人福祉施設(含む地域密着型)	施設	(4) 介護老人保健施設	施設
	(5) 介護医療院	施設	(6) (3)～(5)以外の介護サービス事業所	事業所
(7) 介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う部門・担当職員と、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・担当職員は同じですか。			1. 部門・担当職員は同じ → 設問(7)-①へ 2. 部門・担当職員は異なる → 設問(7)-②へ	

(7) で「1. 部門・担当職員は同じ」とお答えの自治体にお伺いします。

(7) -① 介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う担当職員数をお答えください。	令和3年度 介護報酬改定前	人	令和3年度 介護報酬改定後	人
---	------------------	---	------------------	---

(7) で「2. 部門・担当職員は異なる」とお答えの自治体にお伺いします。

(7) -② 介護事故を取り扱う担当職員数をそれぞれお答えください。	介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う担当職員数	令和3年度 介護報酬改定前	人	令和3年度 介護報酬改定後	人
	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担当職員数	令和3年度 介護報酬改定前	人	令和3年度 介護報酬改定後	人

2. 介護保険施設で発生した「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。

介護保険最新情報Vol.943（令和3年3月19日）にて、厚生労働省より通知された介護保険施設等から市区町村への事故報告様式を、本調査では「事故報告書標準様式（厚労省）」と記載します。

(8) 施設から市区町村への報告様式・書式を、定めていますか。（以下の選択肢から1つ○をつけてください）	
1. 事故報告書標準様式（厚労省）を使用している ※別紙資料「事故報告書標準様式（厚労省）」参照 → 設問(9)へ	
2. 市区町村で別途定めた様式を使用している（以下の、a、bのどちらかを選択してください。） → 今後、事故報告書標準様式（厚労省）へ移行予定が a. ある → 設問(10)へ b. ない → 設問(10)へ	
3. 定めていない → 設問(11)へ	

(9) **(8)で「1. 事故報告書標準様式（厚労省）を使用している」とお答えの自治体**にお伺いします。

※別添資料「事故報告書標準様式（厚労省）」を参照しながらご回答ください。

(9) -① 事故報告書標準様式（厚労省）について、**各項目の回答欄を全て記入した上で市区町村へ提出している施設**はどの程度ありますか。**それぞれ当てはまるものに○をつけてください。** ※最終報告の時点での状況を教えてください。

	1	2	3	4
	ほぼすべて	半数以上	半数未満	ほとんどない
1. 事故状況の程度				
2. 事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）				
3. 対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況）				
4. 事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況）				
5. 事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等）				
6. 事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関等）				
7. 事故の原因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）				
8. 再発防止策（手順変更、環境変更、再発防止策の評価時期および結果等）				

(9) -② 事故報告書標準様式（厚労省）の各項目の回答欄の量について、**それぞれ当てはまるものに○をつけてください。**

	1	2	3	4	5
	とても少ない	やや少ない	適切	やや多い	とても多い
1. 事故状況の程度					
2. 事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）					
3. 対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況）					
4. 事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況）					
5. 事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等）					
6. 事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関等）					
7. 事故の原因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）					
8. 再発防止策（手順変更、環境変更、再発防止策の評価時期および結果等）					

(9) -③ **事故報告書標準様式（厚労省）の「4. 事故の概要」**について、「集計・分析」「施設への支援」「都道府県への報告」に活用していますか。（当てはまるもの**すべてに○をつけてください**）

1. 集計・分析している
2. 各施設で発生した介護事故の個別情報を施設への支援に活用している
3. 集計・分析した情報を都道府県へ報告している
4. 各施設で発生した介護事故の個別情報を都道府県へ報告している
5. その他（）
6. 活用していない
7. 活用しているかわからない

(9) -④ **事故報告書標準様式（厚労省）の「4. 事故の概要」の回答欄**について、下記の設問へご回答ください。

(以下の選択肢のそれぞれ当てはまるものに○をつけてください)

	1	2	3	4	5
	そう思う	やや そう思う	どちらともい えない	ややそう 思わない	そう 思わない
1. 項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか					
2. 項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか					
3. 項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか					
4. 項目内の回答事項は、都道府県への報告を行う上で必要な情報が得られますか					

(9) -⑤ **事故報告書標準様式（厚労省）の「5. 事故発生時の対応」**について、「集計・分析」「施設への支援」「都道府県への報告」に活用していますか。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

1. 集計・分析している
2. 各施設で発生した介護事故の個別情報を施設への支援に活用している
3. 集計・分析した情報を都道府県へ報告している
4. 各施設で発生した介護事故の個別情報を都道府県へ報告している
5. その他（)
6. 活用していない
7. 活用しているかわからない

(9) -⑥ **事故報告書標準様式（厚労省）の「5. 事故発生時の対応」の回答欄**について、下記の設問へご回答ください。

(以下の選択肢のそれぞれに○をつけてください)

	1	2	3	4	5
	そう思う	やや そう思う	どちらともい えない	ややそう 思わない	そう 思わない
1. 項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか					
2. 項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか					
3. 項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか					
4. 項目内の回答事項は、都道府県への報告を行う上で必要な情報が得られますか					

(9) -⑦ **事故報告書標準様式（厚労省）の「6. 事故発生後の状況」**について、「集計・分析」「施設への支援」「都道府県への報告」に活用していますか。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

1. 集計・分析している
2. 各施設で発生した介護事故の個別情報を施設への支援に活用している
3. 集計・分析した情報を都道府県へ報告している
4. 各施設で発生した介護事故の個別情報を都道府県へ報告している
5. その他（)
6. 活用していない
7. 活用しているかわからない

(9) -⑧ **事故報告書標準様式（厚労省）の「6. 事故発生後の状況」の回答欄**について、下記の設問へご回答ください。

(以下の選択肢のそれぞれ当てはまるものに○をつけてください)

	1	2	3	4	5
	そう思う	やや そう思う	どちらともい えない	ややそう 思わない	そう 思わない
1. 項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか					
2. 項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか					
3. 項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか					
4. 項目内の回答事項は、都道府県への報告を行う上で必要な情報が得られますか					

(9)～(9) 事故報告書標準様式（厚労省）の「7. 事故の原因分析」について、「集計・分析」「施設への支援」「都道府県への報告」に活用していますか。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

1. 集計・分析している
2. 各施設で発生した介護事故の個別情報を施設への支援に活用している
3. 集計・分析した情報を都道府県へ報告している
4. 各施設で発生した介護事故の個別情報を都道府県へ報告している
5. その他（
6. 活用していない
7. 活用しているかわからない

(9) -⑩ 事故報告書標準様式（厚労省）の「7. 事故の原因分析」の回答欄について、下記の設問へご回答ください。
(以下の選択肢のそれぞれ当てはまるものに○をつけてください)

	1 そう思う	2 やや そう思う	3 どちらともい えない	4 ややそう 思わない	5 そう 思わない
1. 項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか					
2. 項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか					
3. 項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか					
4. 項目内の回答事項は、都道府県への報告を行う上で必要な情報が得られますか					

(9) -⑪ 事故報告書標準様式（厚労省）の「8. 再発防止策」について、「集計・分析」「施設への支援」「都道府県への報告」に活用していますか。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

1. 集計・分析している
2. 各施設で発生した介護事故の個別情報を施設への支援に活用している
3. 集計・分析した情報を都道府県へ報告している
4. 各施設で発生した介護事故の個別情報を都道府県へ報告している
5. その他（
6. 活用していない
7. 活用しているかわからない

(9) -⑫ 事故報告書標準様式（厚労省）の「8. 再発防止策」の回答欄について、下記の設問へご回答ください。
(以下の選択肢のそれぞれ当てはまるものに○をつけてください)

	1	2	3	4	5
	そう思う	やや そう思う	どちらともい えない	ややそう 思わない	そう 思わない
1. 項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか					
2. 項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか					
3. 項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか					
4. 項目内の回答事項は、都道府県への報告を行う上で必要な情報が得られますか					

※ご回答いただいたら設問11へ

(10) (8) で「**2. 市区町村で定めたものを使用している**」とお答えの自治体にお伺いします。

(10) -① 事故報告書標準様式（厚労省）を使用していない理由をご回答ください。（当てはまるもの**すべて**に○をつけてください）

1. 市区町村で別途定めた様式のほうが簡易的で使いやすいため
2. 市区町村で別途定めた様式のほうが項目が充実しており、介護事故に関する情報を具体的に得やすいため
3. 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
4. その他（

(10) -② 事故報告書標準様式（厚労省）では、下記の1～8の項目が含まれています。市区町村で別途定めた様式に含まれていない項目を選択してください。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

1. 事故状況の程度
2. 事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）
3. 対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況）
4. 事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況）
5. 事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等）
6. 事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関、本人、家族、関係先等への追加対応予定）
7. 事故の原因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）
8. 再発防止策（手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等）
9. 含まれていない項目はない

(10) -③ (10) -②に記載の項目以外で、市区町村で別途定めた様式に含めている項目があれば記載してください。（自由記載）

(11) 施設で介護事故が起こった場合、市区町村へ報告する介護事故の範囲を定めていますか。（以下の選択肢から1つ○をつけてください）

1. 定めている → **設問（11）-①へ**
2. 定めていない → **設問（12）へ**

(11) で「1. 定めている」とお答えの自治体にお伺いします。

(11) -① 報告対象の介護事故の範囲を選んでください。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

※厚生労働省では、施設から自治体への報告対象として「死亡に至った事故」および「医師（施設の勤務医、配置医を含む）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」を定めています。

1. 死亡に至った事故
2. 医師（施設の勤務医、配置医を含む）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
3. ケガ等はあったが治療の必要がなかったもの
4. ケガ等がなかったもの
5. その他（ ）

(12) 介護事故発生後の施設から市区町村への報告（第一報）について、時期を定めていますか。（以下の選択肢から1つ○をつけてください）

※厚生労働省では、第一報について、少なくとも事故報告書標準様式（厚労省）の1から6の項目までについて可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出することとしています。

1. 1～2日以内での報告を求めている → **設問（13）へ**
2. 3～5日以内での報告を求めている → **設問（13）へ**
3. 6～7日以内での報告を求めている → **設問（12）-①へ**
4. 1～2週間以内での報告を求めている → **設問（12）-①へ**
5. 介護事故対応がひと段落した段階で報告を求めている → **設問（12）-①へ**
6. 報告の時期は特に定めていない → **設問（12）-①へ**

(12) -① **(12) で3～6の選択肢を選択した自治体**にお伺いします。その理由をご回答ください。（自由記載）

(13) 介護事故発生後の施設から市区町村への報告方法を定めていますか。(以下の選択肢のそれぞれに○をつけてください)

	1 第一報	2 第二報	3 最終報
1. 電子メール			
2. 電話			
3. 郵送			
4. FAX			
5. 窓口手渡し			
6. Web上の申請システム			
7. その他 ()			
8. 報告を求めている → 選択した場合は設問(14)へ			
9. 報告方法を定めていない → 選択した場合は設問(14)へ			

(13) で「1. 電子メール」による提出方法を定めていない自治体にお伺いします。

(13) -① その理由をご回答ください。(自由記載)

(14) 貴自治体が、施設から介護事故の報告を受けるまでの過程において、どのような課題がありますか。
(当てはまるものにすべてに○をつけてください)

1. 報告対象となる介護事故の範囲について施設から相談を受けるケースが多い。

2. 自治体として報告対象としている介護事故の報告をすべて把握できていない。

3. タイムリーに介護事故報告を受けられない。

4. 報告方法が施設により異なっており、一元化できていない。

5. その他 ()

6. 課題はない

(15) 事故報告書標準様式(厚労省)を周知し、報告を求めているのはどのサービスですか。
(当てはまるものにすべてに○をつけてください)

1. 施設サービス

4. 訪問サービス

2. 地域密着型介護サービス

5. 居宅介護支援

3. 通所サービス

6. 事故報告書標準様式(厚労省)で報告を求めているサービスはない

(16) 施設、およびその他の介護サービス事業所から市区町村への介護事故報告件数(最終報告)について、
以下の年度ごとに回答してください。 ※事故件数が不明、または事故件数を記録していない場合、「-」と記載してください

	令和3年度	令和2年度	令和元年度	平成30年度	平成29年度
1. 介護老人福祉施設(含む地域密着型)	件	件	件	件	件
2. 介護老人保健施設	件	件	件	件	件
3. 介護医療院	件	件	件	件	件
4. 1~3以外の介護サービス事業所	件	件	件	件	件

(17) 施設、およびその他の介護サービス事業所から市区町村への介護事故報告（最終報告）について、事故状況の程度ごとに件数を回答してください。（令和３年度実績）

	介護老人福祉施設 (含む地域密着型)	介護老人保健施設	介護医療院	左記以外の 介護サービス事業所
1. 受診(外来・往診)、自施設で応急処置	件	件	件	件
2. 入院	件	件	件	件
3. 死亡	件	件	件	件
4. その他	件	件	件	件

(18) 施設、およびその他の介護サービス事業所から市区町村への介護事故報告（最終報告）について、事故の種別ごとに件数を回答してください。（令和３年度実績）※「その他」に関しては報告件数が多かった事故種別順に3つまでご回答ください。

	介護老人福祉施設 (含む地域密着型)	介護老人保健施設	介護医療院	左記以外の 介護サービス事業所
1. 転倒	件	件	件	件
2. 転落	件	件	件	件
3. 誤嚥・窒息	件	件	件	件
4. 異食	件	件	件	件
5. 誤薬、与薬もれ等	件	件	件	件
6. 医療処置関連（チューブ抜去等）	件	件	件	件
7. 不明	件	件	件	件
8. その他（ ）	件	件	件	件
その他（ ）	件	件	件	件
その他（ ）	件	件	件	件

3. 介護保険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伺います。

3-1. 介護事故情報の活用状況

(19) 報告された介護事故情報の集計・分析の有無についてご回答ください。(当てはまるものに**すべてに○**をつけてください)

1. 介護事故の件数を単純集計している
2. 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
3. 発生した介護事故の件数を、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
4. 発生した介護事故の件数を、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
5. 発生した介護事故の件数を、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
6. 発生した介護事故の件数を、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
7. 発生した介護事故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
8. 発生した介護事故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
9. 集計や分析は行っていない

(20) 介護事故情報をどのように活用していますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|--|---------------|
| 1. 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 | |
| 2. 介護事故報告を提出した施設以外への実地指導や助言時に活用する(事例紹介等) | |
| 3. 市区町村内の施設への注意喚起としての通知を行う際に活用する | |
| 4. 定例で実施している市区町村内の施設との連絡会議等で活用する | |
| 5. 定例で実施している市区町村内の施設向けの研修で活用する | → 設問 (20) -①へ |
| 6. 市区町村独自のマニュアル等に反映している | → 設問 (20) -②へ |
| 7. その他 () | |
| 8. 活用していない | |

※選択肢5、6以外の自治体は、設問 (21) へ

(20) -① (20) で「5. 定例で実施している市区町村内の施設向けの研修で活用する」を選択した自治体にお伺いします。
実施している研修のカリキュラムを教えてください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 1. リスクマネジメントにおける基礎的な事項 | 7. 訴訟対応に関する事項 |
| 2. リスクマネジメントに関する制度(加算・減算等)に係る説明 | 8. 自治体に報告された介護事故報告情報を集計、分析した結果 |
| 3. リスクマネジメントにおける組織体制構築に向けたポイント | 9. 個別事例の紹介 |
| 4. 施設の介護事故、ヒヤリ・ハットの分析方法 | 10. グループワークを通じたケーススタディ |
| 5. 市区町村への介護事故報告の仕方 | 11. その他 () |
| 6. 入居者及びご家族に対するコミュニケーション | |

(20) -② (20) で「6. 市区町村独自のマニュアル等に反映している」を選択した自治体にお伺いします。
作成しているマニュアルの記載項目を教えてください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 1. リスクマネジメントにおける基礎的な事項 | 6. 入居者及びご家族に対するコミュニケーション |
| 2. リスクマネジメントに関する制度(加算・減算等)に係る説明 | 7. 訴訟対応に関する事項 |
| 3. リスクマネジメントにおける組織体制構築に向けたポイント | 8. 自治体に報告された介護事故報告情報を集計、分析した結果 |
| 4. 施設の介護事故、ヒヤリ・ハットの分析方法 | 9. 個別事例の紹介 |
| 5. 市区町村への介護事故報告の仕方 | 10. その他 () |

(21) 介護事故情報の集計・分析・活用にあたって、どのような課題がありますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|--|--|
| 1. 施設から提出される介護事故情報に不備やデータ欠損が多く、集計がしづらい | |
| 2. 現在使用している事故報告書様式では、定量的な集計がしづらい | |
| 3. 集計・分析を行う人的余裕がない | |
| 4. 集計・分析を行うノウハウがない | |
| 5. 自治体職員が介護事故の集計・分析方法について学ぶ機会がない | |
| 6. 集計・分析を行っても、施設の介護事故防止に資するような情報が得られない | |
| 7. その他 () | |
| 8. 課題はない | |

(22) 貴自治体における介護事故を取り扱う職員のうち、介護事故情報の集計・分析・活用方法について研修等で学んだ経験のある職員はどの程度いますか。(以下の選択肢から1つ○をつけてください)

- | | |
|---------|------------|
| 1. ほぼ全員 | 3. 半数以下 |
| 2. 半数以上 | 4. ほとんどいない |

3-2. 介護事故が発生した施設への対応

(23) 個別事例について検証をする会議等の有無についてご回答ください。(以下の選択肢から **1つ** ○をつけてください)

1. すべての事例について行う → 設問 (23) -①へ
2. 必要に応じて、個別事例について検討している → 設問 (23) -①へ
3. 個別事例の検討は行っていない → 設問 (24) へ

(23) -① (23) で「1.すべての事例について行う」「2.必要に応じて、個別事例について検討している」とお答えの自治体に伺います。
会議等のメンバーについてご回答ください。(当てはまるもの **すべてに** ○をつけてください)

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1. 市区町村の職員 | 4. 医療安全分野に関する外部有識者 |
| 2. 介護分野の外部有識者 | 5. 法学に関する外部有識者 |
| 3. 医療分野の外部有識者 | 6. その他 () |

(24) 施設に対して、どのような支援を行っていますか。(当てはまるもの **すべてに** ○をつけてください)

【介護事故の個別ケースに関する支援】

1. 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
2. 施設で発生した介護事故の原因分析にかかる助言
3. 施設で発生した介護事故の再発防止策にかかる助言

【介護事故情報の集計データを活用した支援】

4. 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
5. 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

【各種情報提供】

6. 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. 自施設の介護事故発生状況に適した外部研修の案内
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
9. 自施設の介護事故発生状況に適した安全管理体制の構築にかかる助言
10. 自施設の介護事故発生状況に適したマニュアルの提供
11. その他 ()
12. 支援を行っていない

(25) 実地検証の有無についてご回答ください。(以下の選択肢から **1つ** ○をつけてください(選択肢2は複数回答))

1. すべての事例について実施する → 設問 (25) -①へ
2. 実地検証の対象となる範囲を定めており、実施する(以下の、a～cを選択してください。)
→ 範囲(複数回答可)
 - a. 死亡に至った事故の場合 → 設問 (25) -①へ
 - b. 医師の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要になった事故の場合 → 設問 (25) -①へ
 - c. その他 () → 設問 (25) -①へ
3. 実地検証を実施していない → 設問 (26) へ

(25) で「1.すべての事例について実施する」「2.実地検証の対象となる範囲を定めており、実施する」とお答えの自治体に伺います。

(25) -① 実地検証を担当している方をご回答ください。(当てはまるもの **すべてに** ○をつけてください)

- | | |
|------------|--|
| 1. 市区町村の職員 | |
| 2. 都道府県の職員 | |
| 3. その他 () | |

(25) -② 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。
(以下の選択肢から1つ○をつけてください)

1. 定期的に確認している

3. その他 ()

2. 助言や指導後、一度は確認している

4. 確認していない

(25) -③ 施設への支援や実地検証にあたって、どのような課題がありますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 施設への支援や実地検証を行うノウハウがない

2. 施設への支援や実地検証を行っても、それが介護事故防止に資するものなのか分からない

3. 施設への支援や実地検証を行う人的余裕がない

4. 施設が実地検証に協力的ではない

5. その他 ()

6. 特に課題はない

3-3. 介護事業所からの事故報告に関する介護保険保険者努力支援交付金

(26) 令和3年度介護保険保険者努力支援交付金(市町村分)では、介護事業所からの介護事故報告に関する介護事業所への支援についての評価指標が2項目設定されています。貴自治体が算定した評価指標を選んでください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 「ア：サービス提供により事故が発生した場合に、速やかに事故報告を受けるための報告方法等を策定し、全介護事業所に周知している」を算定した

2. 「イ：定期的に管内の介護事業所に対し、事故報告に関する好事例の紹介や事故の分析等の周知等を行うなど事故報告に関するフィードバックを行っているか」を算定した

3. どちらとも算定していない

(27) 令和4年度介護保険保険者努力支援交付金(市町村分)では、介護事故報告に関する介護事業所への支援についての評価指標が4項目設定されています。貴自治体が算定する予定の評価指標を選んでください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 「ア：サービス提供による事故報告に関するガイドラインを策定している」を算定する予定である

2. 「イ：事故報告結果をとりまとめている」を算定する予定である

3. 「ウ：事故報告結果を管内の介護事業所に共有する仕組みがある」を算定する予定である

4. 「エ：事故の内容・結果について、対応方法に関する議論・検証を行う仕組みがある」を算定する予定である

5. 上記のどれも算定する予定はない

4. 市区町村から都道府県への報告についてお伺いします。

(28) 施設から提出した介護事故報告を、都道府県に対してどのように報告していますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 施設から提出された事故報告書をそのまま都道府県に共有している

2. 施設から提出された事故報告書を集計・分析し、その結果を都道府県に共有している

3. 市区町村に報告された介護事故件数を都道府県に共有している

4. 都道府県に報告していない

(29) 市区町村から都道府県への報告件数(令和3年度実績)をご回答ください。

1. 介護老人福祉施設 (含む地域密着型)	件	3. 介護医療院	件
2. 介護老人保健施設	件	4. 1～3以外の 介護サービス事業所	件

(30) 介護事故報告の集計・分析・活用にあたり、都道府県からどのような支援を得ていますか。

(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| 1. 施設からの介護事故報告受付方法についての助言 | 7. 介護事故情報の事故情報の集計フォーマット・ツールの配布 |
| 2. 介護事故情報の管理方法に関する助言 | 8. 介護事故情報の活用に関する好事例の共有 |
| 3. 介護事故情報の集計フォーマット・ツールの配布 | 9. 市区町村内で発生した介護事故の傾向に関する
レポート作成 |
| 4. 介護事故情報の集計・分析方法に関する助言 | 10. その他 () |
| 5. 介護事故情報の集計・分析方法に関する研修の実施 | 11. 都道府県から支援を得ていない |
| 6. 介護事故情報の集計・分析方法に関するマニュアルの作成 | |

(31) 介護事故報告の集計・分析・活用にあたり、都道府県からどのような支援が得られると有用とお考えですか。

(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| 1. 施設からの介護事故報告受付方法についての助言 | 7. 介護事故情報の事故情報の集計フォーマット・ツールの配布 |
| 2. 介護事故情報の管理方法に関する助言 | 8. 介護事故情報の活用に関する好事例の共有 |
| 3. 介護事故情報の集計フォーマット・ツールの配布 | 9. 市区町村内で発生した介護事故の傾向に関する
レポート作成 |
| 4. 介護事故情報の集計・分析方法に関する助言 | 10. その他 () |
| 5. 介護事故情報の集計・分析方法に関する研修の実施 | |
| 6. 介護事故情報の集計・分析方法に関するマニュアルの作成 | |

(32) 介護保険施設のリスクマネジメントに関して、国に対する要望があれば、記載してください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. 施設からの介護事故報告受付方法についての助言 | 7. 介護事故情報の事故情報の集計フォーマット・ツールの配布 |
| 2. 介護事故情報の管理方法に関する助言 | 8. 介護事故情報の活用に関する好事例の共有 |
| 3. 介護事故情報の集計フォーマット・ツールの配布 | 9. 都道府県内で発生した事故の傾向に関するレポート作成 |
| 4. 介護事故情報の集計・分析方法に関する助言 | 10. 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 |
| 5. 介護事故情報の集計・分析方法に関する研修の実施 | 11. その他 () |
| 6. 介護事故情報の集計・分析方法に関するマニュアルの作成 | 12. 特に無い |

記入内容についてお伺いする場合がございます。自治体名・部門、お電話番号をご記載ください。

自治体名・部門

ご担当部門のお電話番号

以上となります。ご協力ありがとうございました。

令和4年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

※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。

※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、令和4年9月1日または、質問に記載している期間とします。

基本情報

貴自治体の概要について教えてください。

貴自治体の概要について教えてください。			(1) 都道府県名		都道府県
自治体内の施設数	(2) 介護老人福祉施設 (含む地域密着型)	施設	(3) 介護老人保健施設		施設
	(4) 介護医療院	施設	(5) (2)～(3) 以外の 介護サービス事業所		事業所

(6) 介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う部門・担当職員と、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・担当職員は同じですか。

1. 部門・担当職員は同じ → 設問(6)-①へ

2. 部門・担当職員は異なる → 設問 (6)-②へ

(6) で「1. 部門・担当職員は同じ」とお答えの自治体にお伺いします。

(6) -④ 介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う担当職員数をお答えください。	令和3年度 介護報酬改定前	人	令和3年度 介護報酬改定後	人
---	------------------	---	------------------	---

(6) で「2. 部門・担当職員は異なる」とお答えの自治体にお伺いします。

(6) -② 介護事故を取り扱う担当職員数をそれぞれお答えください。	介護保険施設から報告された介護事故を取り扱う担当職員数	令和3年度 介護報酬改定 <u>前</u>	人	令和3年度 介護報酬改定 <u>後</u>	人
	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担当職員数	令和3年度 介護報酬改定 <u>前</u>	人	令和3年度 介護報酬改定 <u>後</u>	人

1. 都道府県内の介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院での介護事故情報の収集について伺います。

(7) 都道府県内の施設で発生した介護事故情報を収集していますか。(当てはまるもの**すべて**に○をつけてください)

1. 市区町村に報告を義務づけている → 設問 (8) へ
2. 事業所に報告を義務づけている → 設問 (14) へ
3. いいえ → 設問 (27) へ

※選択肢1, 2の両方に○をつけた自治体は、設問（8）からお答えください。

2-1. 設問（7）で選択肢の「1.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。

2-1-1. 市区町村から都道府県への報告の内容等について伺います。

(8) 市区町村に報告を義務づけている根拠をご回答ください。(以下の選択肢から **1つ**○をつけてください)

- | | |
|-------|----------------|
| 1. 条例 | 4. 要領・要綱・マニュアル |
| 2. 規則 | 5. その他 () |
| 3. 通知 | |

2-1-2. 「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。

(9) 市区町村から都道府県への報告様式・書式を定めていますか（以下の選択肢から**1つ**○をつけてください）

1. 定めている → 設問 (9) - ①へ

(9) で市区町村から都道府県への報告様式・書式を「1.定めている」とお答えの自治体にお伺いします。

(9) -① 市区町村に報告を求める項目として、定めているものをご回答ください。

(当てはまるもの**すべて**に○をつけてください)

1. 事故状況の程度
2. 事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）
3. 対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況）
4. 事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況）
5. 事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等）
6. 事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関、本人、家族、関係先等への追加対応予定）
7. 事故の要因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）
8. 再発防止策（手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等）
9. 上記1～8で定めている項目はない

(9) -② (9) -①に記載の項目以外で、都道府県で別途定めた様式に含めている項目があれば記載してください。(自由記載)

(10) 市区町村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。

(以下の選択肢から **1つ**○をつけてください)

1. 定めている → 設問 (10) - ①へ

(10) で市区町村から都道府県へ報告する介護事故の範囲を「1.定めている」とお答えの自治体にお伺いします。

(10) -① 報告対象の介護事故の範囲を選んでください。(当てはまるもの**すべて**に○をつけてください)

※厚生労働省では、事業所から市区町村に報告する介護事故の対象として「死亡に至った事故」および「医師（施設の勤務医、配置医を含む）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」を定めています。

1. 死亡に至った事故
2. 医師（施設の勤務医、配置医を含む）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
3. ケガ等はあったが治療の必要がなかったもの
4. ケガ等がなかったもの
5. その他（

(11) 市区町村から都道府県への報告頻度を定めていますか。(以下の選択肢から **1つ**○をつけてください)

1. 事故毎の報告を求めている
2. 1～2 か月ごとに報告を求めている
3. 四半期ごとに報告を求めている
4. 半年ごとに報告を求めている
5. 1年ごとに報告を求めている
6. その他 ()
7. 報告の頻度は定めていない

(12) 市区町村から都道府県へ報告を受ける際の課題はありますか。(当てはまるものに**すべてに○**をつけてください)

1. 市区町村ごとに報告方法が異なるため、報告の受理・返信に時間を要する
2. 市区町村ごとに報告書の様式が異なるため、集計・分析に時間を要する
3. 市区町村ごとに報告書の項目が異なるため、集計・分析ができない
4. 市区町村ごとに報告方法が異なるため、介護事故情報を一元管理できない
5. 同一の事故報告書が別々の市区町村から報告される場合があり、集計時に確認が必要となる。
6. その他（
7. 課題はない

2-1-3. 令和3年度の介護保険施設、およびその他の介護サービス事業所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。
(※事業所から直接受けた報告は含みません)

(13) -① 市区町村から都道府県への介護事故報告(最終報告)について、事故状況の程度ごとに件数を回答してください。(令和3年度実績)

	介護老人福祉施設 (含む地域密着型)	介護老人保健施設	介護医療院	左記以外の 介護サービス事業所
1. 受診(外来・往診)、自施設で応急処置	件	件	件	件
2. 入院	件	件	件	件
3. 死亡	件	件	件	件
4. その他	件	件	件	件

(13) -② 市区町村から都道府県への介護事故報告(最終報告)について、事故の種別ごとに件数をご回答ください。(令和3年度実績)
※「その他」に関しては報告件数が多かった事故種別順に3つまでご回答ください。

	介護老人福祉施設 (含む地域密着型)	介護老人保健施設	介護医療院	左記以外の 介護サービス事業所
1. 転倒	件	件	件	件
2. 転落	件	件	件	件
3. 誤嚥・窒息	件	件	件	件
4. 異食	件	件	件	件
5. 誤薬、与薬もれ等	件	件	件	件
6. 医療処置関連(チューブ抜去等)	件	件	件	件
7. 不明	件	件	件	件
8. その他()	件	件	件	件
その他()	件	件	件	件
その他()	件	件	件	件

※ご回答いただいた方で、設問(7)の選択肢の「2.事業所に報告を義務づけている」に○をつけていない場合、設問(24)へ

2-2. 設問(7)で選択肢の「2.事業所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。

2-2-1. 事業所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。

(14) 事業所に報告を義務づけている根拠をご回答ください。(以下の選択肢から1つ○をつけてください)

1. 条例	4. マニュアル
2. 通知	5. その他()
3. 要領	

2-2-2. 「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。

(15) 事業所から都道府県への報告様式・書式を定めていますか(以下の選択肢から1つ○をつけてください)
※介護保険最新情報Vol.943(令和3年3月19日)にて、厚生労働省より示された介護保険施設等から市区町村への事故報告様式を、本調査では「事故報告書様式(厚労省)」と記載します。

1. 事故報告書標準様式(厚労省)を使用している ※別紙資料「事故報告書標準様式(厚労省)」参照 → 設問(16)へ
2. 都道府県で定めたものを使用している
→ 今後、事故報告書標準様式(厚労省)へ移行予定が
a. ある → 設問(17)へ
b. ない → 設問(17)へ
3. 使用していない → 設問(18)へ

(16) **（15）で「1. 事故報告書標準様式（厚労省）を使用している」とお答えの自治体**にお伺いします。

※別添資料「事故報告書標準様式（厚労省）」を参照しながらご回答ください。

(16) -① 事故報告書標準様式（厚労省）について、**各項目の回答欄を全て記入した上で都道府県へ提出している施設**はどの程度ありますか。**それぞれ当てはまるものに○をつけてください。** ※最終報告の時点での状況を教えてください。

	1	2	3	4
	ほぼすべて	半数以上	半数以下	ほとんどない
1. 事故状況の程度				
2. 事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）				
3. 対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況）				
4. 事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況）				
5. 事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等）				
6. 事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関等）				
7. 事故の原因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）				
8. 再発防止策（手順変更、環境変更、再発防止策の評価時期および結果等）				

(16) -② 事故報告書標準様式（厚労省）の各項目の回答欄の量について、**それぞれ当てはまるものに○をつけてください。**

	1	2	3	4	5
	とても 少ない	やや 少ない	適切	やや 多い	とても 多い
1. 事故状況の程度					
2. 事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）					
3. 対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況）					
4. 事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況）					
5. 事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等）					
6. 事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関等）					
7. 事故の原因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）					
8. 再発防止策（手順変更、環境変更、再発防止策の評価時期および結果等）					

(16) -③ 事故報告書標準様式（厚労省）の各項目について、「集計・分析」および「施設への支援」に活用していますか。
各項目に対して、**それぞれ当てはまるものに○をつけてください。**

	1	2	3
	集計・分析 をしている	各施設の介護 事故の個別情報 を施設への支援 に活用している	いずれにも 該当しない
1. 事故状況の程度			
2. 事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地）			
3. 対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況）			
4. 事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況）			
5. 事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等）			
6. 事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関等）			
7. 事故の原因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）			
8. 再発防止策（手順変更、環境変更、再発防止策の評価時期および結果等）			

(16) -④ **事故報告書標準様式（厚労省）の「4. 事故の概要」の回答欄**について、下記の設問へご回答ください。

(以下の選択肢の**それぞれ当てはまるものに**○をつけてください)

	1 そう思う	2 やや そう思う	3 どちらとも いえない	4 ややそう 思わない	5 そう 思わない
1. 項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか					
2. 項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか					
3. 項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか					

(16) -⑤ **事故報告書標準様式（厚労省）の「5. 事故発生時の対応」の回答欄**について、下記の設問へご回答ください。

(以下の選択肢の**それぞれ当てはまるものに**○をつけてください)

	1 そう思う	2 やや そう思う	3 どちらとも いえない	4 ややそう 思わない	5 そう 思わない
1. 項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか					
2. 項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか					
3. 項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか					

(16) -⑥ **事故報告書標準様式（厚労省）の「6. 事故発生後の状況」の回答欄**について、下記の設問へご回答ください。

(以下の選択肢の**それぞれ当てはまるものに**○をつけてください)

	1 そう思う	2 やや そう思う	3 どちらとも いえない	4 ややそう 思わない	5 そう 思わない
1. 項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか					
2. 項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか					
3. 項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか					

(16) -⑦ **事故報告書標準様式（厚労省）の「7. 事故の原因分析」の回答欄**について、下記の設問へご回答ください。

(以下の選択肢の**それぞれ当てはまるものに**○をつけてください)

	1 そう思う	2 やや そう思う	3 どちらとも いえない	4 ややそう 思わない	5 そう 思わない
1. 項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか					
2. 項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか					
3. 項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか					

(16) -⑧ **事故報告書標準様式（厚労省）の「8. 再発防止策」の回答欄**について、下記の設問へご回答ください。

(以下の選択肢の**それぞれ当てはまるものに**○をつけてください)

	1 そう思う	2 やや そう思う	3 どちらとも いえない	4 ややそう 思わない	5 そう 思わない
1. 項目内の回答欄は、データの整理がしやすいレイアウトとなっていますか					
2. 項目内の回答事項は、介護事故を分析する上で必要な情報が得られますか					
3. 項目内の回答事項は、施設への支援を行う上で必要な情報が得られますか					

※ご回答いただいた方は、設問（18）へ

(17) (15) で「2.都道府県で定めたものを使用している」とお答えの自治体 にお伺いします。	
(17) -① 事故報告書標準様式（厚労省）では、下記の1～8の項目が含まれています。都道府県で別途定めた様式に 含まれていない 項目を選択してください。（当てはまるもの すべてに ○をつけてください）	
1. 事故状況の程度 2. 事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地） 3. 対象者情報（氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、保険者、住所、身体状況） 4. 事故の概要（発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況） 5. 事故発生時の対応（受診方法、受診先、診断名、診断内容等） 6. 事故発生後の状況（利用者の状況、家族等への報告、連絡した関係機関、本人、家族、関係先等への追加対応予定） 7. 事故の要因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析） 8. 再発防止策（手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等） 9. 含まれていない項目はない	
(17) -② (17) -①に記載の項目以外で、独自に含めている項目があれば記載してください。（自由記載）	
(18) 施設で介護事故が起こった場合、事業所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。 (以下の選択肢から1つ○をつけてください) 1. 定めている → 設問 (18) -①へ 2. 定めていない → 設問 (18) -②へ	
(18) で事業所から都道府県へ報告する介護事故の範囲について「1.定めている」とお答えの自治体 にお伺いします。	
(18) -① 報告対象の介護事故の範囲を選んでください。（当てはまるもの すべてに ○をつけてください）	
1. 死亡に至った事故 2. 医師（施設の勤務医、配置医を含む）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 3. ケガ等はあったが治療の必要がなかったもの 4. ケガ等がなかったもの 5. その他 （	
(18) -②介護事故発生後の施設から都道府県への報告（第一報）について、時期を定めていますか。	
(以下の選択肢から 1つ ○をつけてください)	
1. 1～2日以内での報告を求めている → 設問 (19) へ 2. 3～5日以内での報告を求めている → 設問 (19) へ 3. 6～7日以内での報告を求めている → 設問 (18) -③へ 4. 1～2週間以内での報告を求めている → 設問 (18) -③へ 5. 介護事故対応がひと段落した段階で報告を求めている → 設問 (18) -③へ 6. 報告の時期は特に定めていない → 設問 (18) -③へ	
(18) -②で 3～6の選択肢を選択した自治体 にお伺いします。	
(18) -③ その理由をご回答ください。（自由記載）	

(19) 介護事故発生後の施設から都道府県への報告方法を定めていますか。(以下の選択肢の <u>それぞれに</u> ○をつけてください)					
	1	2	3		
	第一報	第二報	最終報		
1. 電子メール					
2. 電話					
3. 郵送					
4. FAX					
5. 窓口手渡し					
6. Web上の申請システム					
7. その他 ()					
8. 報告を求めている → 選択した場合は設問 (20) へ					
9. 報告方法を定めていない → 選択した場合は設問 (20) へ					
(19) で「1.電子メール」による提出方法を定めていない自治体にお伺いします。					
(19) -① その理由をご回答ください。(自由記載)					
(20) 貴自治体が、施設から介護事故の報告を受けるまでの過程において、どのような課題がありますか。 (当てはまるものに <u>すべてに</u> ○をつけてください)					
1. 報告対象となる介護事故の範囲について施設から相談を受けるケースが多い。					
2. 自治体として報告対象としている介護事故の報告をすべて把握できていない。					
3. タイムリーに介護事故報告を受けられない。					
4. 報告方法が施設により異なっており、一元化できていない。					
5. その他 ()					
6. 課題はない					
(21) 事故報告標準様式(厚労省)を周知し、報告を求めているのはどのサービスですか。(当てはまるものに <u>すべてに</u> ○をつけてください)					
1. 施設サービス					
2. 地域密着型介護サービス					
3. 通所サービス					
4. 訪問サービス					
5. 居宅介護支援					
6. 事故報告書標準様式(厚労省)で報告を求めているサービスはない					
2-2-3. 令和3年度の介護保険施設、およびその他の介護サービス事業所での介護事故について、事業所から受けた報告件数をお伺いします。(※市区町村を介して受けた報告は含みません)					
(22) 施設、およびその他の介護サービス事業所から都道府県への介護事故報告件数(最終報告)について、 以下の年度ごとに回答してください。 ※事故件数が不明、または事故件数を記録していない場合、「-」と記載してください					
	令和3年度	令和2年度	令和元年度	平成30年度	平成29年度
1. 介護老人福祉施設(含む地域密着型)	件	件	件	件	件
2. 介護老人保健施設	件	件	件	件	件
3. 介護医療院	件	件	件	件	件
4. 1~3以外の介護サービス事業所	件	件	件	件	件

(23)-① 施設、およびその他の介護サービス事業所から都道府県への介護事故報告（最終報告）について、事故状況の程度ごとに件数を回答してください。（令和3年度実績）

	介護老人福祉施設 (含む地域密着型)	介護老人保健施設	介護医療院	左記以外の 介護サービス事業所
1. 受診(外来・往診)、自施設で応急処置	件	件	件	件
2. 入院	件	件	件	件
3. 死亡	件	件	件	件
4. その他	件	件	件	件

(23) -② 施設、およびその他の介護サービス事業所から市区町村への介護事故報告（最終報告）について、事故の種別ごとに件数を回答してください。（令和3年度実績） ※「その他」に関しては報告件数が多かった事故種別順に3つまでご回答ください。

	介護老人福祉施設 (含む地域密着型)	介護老人保健施設	介護医療院	左記以外の 介護サービス事業所
1. 転倒	件	件	件	件
2. 転落	件	件	件	件
3. 誤嚥・窒息	件	件	件	件
4. 異食	件	件	件	件
5. 誤薬、与薬もれ等	件	件	件	件
6. 医療処置関連（チューブ抜去等）	件	件	件	件
7. 不明	件	件	件	件
8. その他（ ）	件	件	件	件
その他（ ）	件	件	件	件
その他（ ）	件	件	件	件

3. 設問（7）で「1.市区町村に報告を義務づけている」、または「2.事業所に報告を義務づけている」と回答した方に、市区町村や事業所から報告を受けた介護事故情報の活用状況についてお伺いします。

(24) 報告された介護事故情報の集計・分析の有無についてご回答ください。（以下の選択肢からすべてに○をつけてください）

1. 介護事故の件数を単純集計している
2. 発生した介護事故の件数を、市区町村ごとに整理し、傾向を把握している
3. 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
4. 発生した介護事故の件数を、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
5. 発生した介護事故の件数を、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
6. 発生した介護事故の件数を、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
7. 発生した介護事故の件数を、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
8. 発生した介護事故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
9. 発生した介護事故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
- 10 集計や分析は行っていない

(25) 介護事故情報をどのように活用していますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|--|---------------|
| 1. 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 | |
| 2. 介護事故報告を提出した施設以外への実地指導や助言時に活用する(事例紹介等) | |
| 3. 都道府県内の施設への注意喚起としての通知を行う際に活用する | |
| 4. 定例で実施している都道府県内の施設との連絡会議等で活用する | |
| 5. 定例で実施している都道府県内の施設向けの研修で活用する | → 設問 (25) -①へ |
| 6. 都道府県独自のマニュアル等に反映している | → 設問 (25) -②へ |
| 7. その他 (|) |
| 8. 活用していない | |

※選択肢5、6以外の自治体は、設問(26)へ

(25) -① (25) で「5. 定例で実施している都道府県内の施設向けの研修で活用する」を選択した自治体にお伺いします。
実施している研修のカリキュラムを教えてください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 1. リスクマネジメントにおける基礎的な事項 | 7. 訴訟対応に関する事項 |
| 2. リスクマネジメントに関する制度(加算・減算等)に係る説明 | 8. 自治体に報告された介護事故報告情報を集計、分析した結果 |
| 3. リスクマネジメントにおける組織体制構築に向けたポイント | 9. 個別事例の紹介 |
| 4. 施設の介護事故、ヒヤリ・ハットの分析方法 | 10. グループワークを通じたケーススタディ |
| 5. 都道府県・市区町村への介護事故報告の仕方 | 11. その他 (|
| 6. 入居者及びご家族に対するコミュニケーション |) |

(25) -② (25) で「6. 都道府県独自のマニュアル等に反映している」を選択した自治体にお伺いします。
作成しているマニュアルの記載項目を教えてください。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. リスクマネジメントにおける基礎的な事項 | 6. 入居者及びご家族に対するコミュニケーション |
| 2. リスクマネジメント制度(加算・減算等)に係る説明 | 7. 訴訟対応に関する事項 |
| 3. リスクマネジメントにおける組織体制構築に向けたポイント | 8. 自治体に報告された介護事故報告情報を集計、分析した結果 |
| 4. 施設の介護事故、ヒヤリ・ハットの分析方法 | 9. 個別事例の紹介 |
| 5. 都道府県・市区町村への介護事故報告の仕方 | 10. その他 (|
| |) |

(26) 介護事故情報の集計・分析・活用にあたって、どのような課題がありますか。(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- | | |
|--|---|
| 1. 施設から提出される介護事故情報に不備やデータ欠損が多く、集計がしづらい | |
| 2. 現在使用している事故報告書様式では、定量的な集計がしづらい | |
| 3. 集計・分析を行う人的余裕がない | |
| 4. 集計・分析を行うノウハウがない | |
| 5. 自治体職員が介護事故の集計・分析方法について学ぶ機会がない | |
| 6. 集計・分析を行っても、施設の介護事故防止に資するような情報が得られない | |
| 7. その他 (|) |
| 8. 課題はない | |

4. 市区町村や施設に対する支援状況についてお伺いします。

(27) 貴都道府県では、市区町村に対して、介護事故防止や再発防止に関するどのような支援を行っていますか。
(当てはまるものすべてに○をつけてください)

1. 施設からの介護事故報告受付方法についての助言
2. 介護事故情報の管理方法に関する助言
3. 介護事故情報の集計フォーマット・ツールの配布
4. 介護事故情報の集計・分析方法に関する助言
5. 介護事故情報の集計・分析方法に関する研修の実施
6. 介護事故情報の集計・分析方法に関するマニュアルの作成
7. 介護事故情報の事故情報の集計フォーマット・ツールの配布
8. 介護事故情報の活用に関する好事例の共有
9. 市区町村内で発生した介護事故の傾向に関するレポート作成
10. その他 ()
11. 市区町村に対する支援を行っていない

(28) 貴都道府県では、施設に対して、介護事故防止や再発防止に関するどのような支援を行っていますか。
(当てはまるものすべてに○をつけてください)

【介護事故の個別ケースに関する支援】

1. 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
2. 施設で発生した介護事故の原因分析にかかる助言
3. 施設で発生した介護事故の再発防止策にかかる助言

【介護事故情報の集計データを活用した支援】

4. 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
5. 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

【各種情報提供】

6. 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. 自施設の介護事故発生状況に適した外部研修の案内
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
9. 自施設の介護事故発生状況に適した安全管理体制の構築にかかる助言
10. 自施設の介護事故発生状況に適したマニュアルの提供
11. その他 ()
12. 施設に対する支援を行っていない

5. 都道府県が実施する研修等についてお伺いします。

(29) 介護事故防止のための研修の有無をご回答ください。（以下の選択肢から 1つ ○をつけてください）

1. 有 → 設問 (29) -①へ
2. 無 → 設問 (30) へ

(29) で「1.有」と回答した自治体 にお伺いします。				
(29) -① 介護事故防止のための研修の開催回数、受講者数（延べ人数）、対象者について、ご回答ください。（自由回答）				
開催回数（令和3年度）	回	受講者数（延べ人数） （令和3年度）		人
対象者（複数回答可）	1. 施設長 2. 看護職員 3. 介護職員	4. 施設職員 5. 自治体職員 6. その他（ ）		
(30) 個別事例について検証をする会議等の有無についてご回答ください。（以下の選択肢から 1つ ○をつけてください）				
1. すべての事例について行う → 設問（30）-①へ 2. 必要に応じて、個別事例について検討している → 設問（30）-①へ 3. 個別事例の検討は行っていない → 設問（31）へ				
(30) で「1.すべての事例について行う」「2.必要に応じて、個別事例について検討している」とお答えの自治体 に伺います。				
(30) -① 会議等のメンバーについてご回答ください。（当てはまるもの すべてに ○をつけてください）				
1. 都道府県職員 5. 医療安全分野に関する外部有識者 2. 報告した市区町村の職員 6. 法学に関する外部有識者 3. 介護分野の外部有識者 7. その他（ ） 4. 医療分野の外部有識者				
(31) 介護事故が発生した施設への実地検証の有無（以下の選択肢から 1つ ○をつけてください（選択肢2は複数回答））				
1. すべての事例について実施する → 設問（31）-①へ 2. 実地検証の対象となる範囲を定めており、実施する（以下の、a～cを選択してください。） ⇒範囲（複数回答可） a 死亡に至った事故の場合 → 設問（31）-①へ b 医師の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要になった事故の場合 → 設問（31）-①へ c その他（ ） → 設問（31）-①へ 3. 実地検証を実施していない → 設問（32）へ				
(31) で「1.すべての事例について実施する」「2.実地検証の対象となる範囲を定めており、実施する」とお答えの自治体 に伺います。				
(31) -① 実地検証を担当している方をご回答ください。（当てはまるもの すべてに ○をつけてください）				
1. 市区町村の職員 3. その他（ ） 2. 都道府県の職員				
(31) -② 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。 （以下の選択肢から 1つ ○をつけてください）				
1. 定期的に確認している 3. その他（ ） 2. 助言や指導後、一度は確認している 4. 確認していない				
(31) -③ 実地検証にあたって、どのような課題がありますか。（当てはまるもの すべてに ○をつけてください）				
1. 実地検証を行うノウハウがない 4. 施設が実地検証に協力的ではない 2. 実地検証が介護事故防止に資するものなのか分からない 5. その他（ ） 3. 実地検証を行う人的余裕がない 6. 特に課題はない				

7. 介護保険施設のリスクマネジメントに関して、国に対する要望についてお伺いします。

(32) 介護保険施設のリスクマネジメントに関して、国に対する要望があれば、記載してください。（当てはまるもの**すべてに**○をつけてください）

1. 施設からの介護事故報告受付方法についての助言	7. 介護事故情報の事故情報の集計フォーマット・ツールの配布
2. 介護事故情報の管理方法に関する助言	8. 介護事故情報の活用に関する好事例の共有
3. 介護事故情報の集計フォーマット・ツールの配布	9. 都道府県内で発生した事故の傾向に関するレポート作成
4. 介護事故情報の集計・分析方法に関する助言	10. 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
5. 介護事故情報の集計・分析方法に関する研修の実施	11. その他（
6. 介護事故情報の集計・分析方法に関するマニュアルの作成	12. 特に無い

記入内容についてお伺いする場合がございます。自治体名・部門、お電話番号をご記載ください。

自治体名・部門	ご担当部門のお電話番号
---------	-------------

以上となります。ご協力ありがとうございました。