

介護事故の報告に関する
調 査 研 究 報 告 書

令和 7 年（2025 年） 7 月

愛知県弁護士会

発刊にあたって

私ども弁護士の重要な責務のひとつが、基本的人権の擁護です。愛知県弁護士会でも、人権擁護委員会が中心となって、様々な人権問題に取り組んでいます。このような重要な人権問題の一つが、医療や介護にかかわる人権問題であり、愛知県弁護士会人権擁護委員会の中に設置された医療部会が、長年にわたり、調査・研究活動を続けて参りました。

この医療部会が、今般、介護の安全という視点で、調査・研究をした結果をとりまとめましたのが、本報告書です。

超高齢社会を迎えた我が国において、高齢者施設に入所する人々は、増加し続けています。ところが、その施設において、転倒、転落や誤嚥等の事故が頻発していると報告されています。このような事故を防止し、より安全に施設で生活していくために、どのような取組が必要であるのか、実態調査を踏まえて、提言をとりまとめました。

高齢を迎えて施設に入所しても、安全でその人らしく生活できることは、私たち皆の願いでありましょう。本報告書が、皆様とともに、介護の安全について考える一助となり、介護の安全に資する制度を実現するための礎となることを願っております。

最後になりますが、ご多忙中、本研究にご協力いただきました多数の皆様にご心より御礼を申し上げます。

令和7年7月

愛知県弁護士会

会 長 川 合 伸 子

目次

第1 はじめに	1
第2 介護事故の報告に関する法令	2
第3 介護事故の報告に関する実態調査の結果	8
1 調査の概要	8
2 愛知県内政令指定都市、中核市及び愛知県からの聴き取り調査について	9
(1) 名古屋市	9
(2) 豊田市	15
(3) 岡崎市	18
(4) 一宮市	21
(5) 東三河広域連合	23
(6) 愛知県	26
3 介護サービス提供施設からの聴き取り調査について	31
(1) 医療法人士正会	31
(2) 社会福祉法人華陽会	35
4 施設利用者からの聴き取り調査について	40
5 研究者との面談調査について	44
第4 検証と提言	49
第5 むすび	58
【資料1:介護保険法その他の根拠法令】	59
【資料2:介護サービス・施設ごとの介護事故報告に関する介護保険法の規定及び運営基準に関する省令の対応関係】	63
【資料3:介護事故の報告基準】	64

第1 はじめに

年齢を重ねても最後まで自立して自宅で生活したい。多くの市民の願いであろう。しかしながら、加齢に伴う障害や疾病に伴って介護が必要となり、自宅での生活が困難になって施設に入所することも少なくないのが現状である。施設に入所しても、介護を受けながら最後まで自分らしく生活していきたい。そのためには、少なくとも介護は安全でなくてはならない。受けた介護を原因として死傷することは可能な限り回避されなくてはならない。ところが、施設において、転倒、転落、誤嚥・窒息などの事故が多発している。このような事故の再発防止にはどのように取り組まれているのであろうか。

この点、医療事故については、平成 27 年（2015 年）10 月から医療事故調査制度が施行されている（医療法第 6 条の 10 等）。我が国のすべての医療機関は、死亡につながる医療事故（医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は、死産を予期しなかったもの）については、医療事故調査・支援センターに報告したうえで、院内で医療事故調査を実施して再発防止に取り組む必要がある。医療事故調査・支援センターは、集積した医療事故調査報告を整理・分析して、医療事故の再発防止のための提言を公表している。また、医療事故調査・支援センターに報告した事故について、当該遺族及び医療機関の管理者からの依頼があったときには、医療事故調査・支援センターが、調査をすることができる。

介護事故についても、市町村などへの事故報告が求められている。多くの施設で同じような事故が起きて報告されているのではないのか。報告された多くの事故から事故防止のための共通した教訓を導き出せるのではないのか。そうして報告された介護事故を再発防止に活かす仕組みが必要ではないのか。これが、当会が、本調査研究を始めたきっかけである。

愛知県の統計によれば、愛知県においても、令和 6 年度（2024 年度）、要支援、要介護の認定を受けている人は、36 万 3041 人、施設サービスを受けているのは、4 万 8914 人に上る。内閣府が発表している令和 5 年の愛知県の高齢化率（65 歳以上の人口割合）は、令和 5 年（2023 年）には 25.7%であり、令和 32 年（2050 年）には 34.5%になると推定されている。今後ますます、施設において介護をうける人が増加していくものと推測される。

すべての人が、安全な介護をうけて、最後まで自分らしく人生を全うできるように、調査研究した結果を報告する。

第2 介護事故の報告に関する法令

実態調査に先立ち、介護事故の報告が、法令上、どのような根拠に基づき求められているものかについて整理する。

1 介護保険法上の介護サービス提供事業者及び施設について

現在、高齢者介護を支える制度の中心は介護保険であり、その介護保険制度の基本的な骨格を規定しているのが介護保険法である。

そして、介護保険法第5章「介護支援専門員並びに事業者及び施設」（69条の2以下）には、介護サービスの利用に当たって重要な役割を果たす介護支援専門員、指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設など、サービス提供事業者・施設に関する規定があり、その中で、各事業者・施設ごとに、サービスを提供する場合の責務や、設備及び運営に関する基準の規定が設けられている。

(1) 根拠規定の内容（資料1）

介護事故報告は、介護サービス提供事業者または施設ごとに定められている運営基準に基づき求められるものであるが、その具体的な法令上の根拠規定の内容につき、指定介護老人福祉施設の場合を例として説明する。

ア 介護保険法の規定

介護保険法87条は、指定介護老人福祉施設の開設者の運営上の責務を定めおり、「指定介護老人福祉施設の設備及び運営に関する基準」に従い、適切な介護サービスを提供するよう求めている。

そして、88条2項において、指定介護老人福祉施設の設備及び運営に関する基準は都道府県の条例で定めること、同条3項において、都道府県が同条例を定めるに当たっては、サービスの適切な利用、適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持に密接に関連するものについては、厚生労働省令で定める基準に従い定めることとされている。

なお、政令指定都市・中核市に関しては、203条の2及び介護保険法施行令51条の3に引用されている、地方自治法252条の19第1項及び地方自治法施行令174条の31の4並びに地方自治法252条の22第1項及び地方自治法施行令174条の49の11の2により、都道府県が処理することとされている介護保険に関する事務を、政令指定都市・中核市がそれぞれ処理することとされている。

イ 厚生労働省令の規定

上記のとおり、介護保険法は、都道府県（政令指定都市、中核市）が条例を定めるにあたり従うべき基準を、厚生労働省令で定めると規定する。指定介護老人福祉施設の場合、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成 11 年厚生省令第 39 号）がこれに当たる。

同省令には、指定介護老人福祉施設が備えておくべき人員、設備及び運営に関する基準の詳細が規定されているところ、その運営に関する基準の 1 つとして、事故発生の防止及び発生時の対応に関する規定が設けられている（35 条）。そこでは、指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならないこととされている（35 条 2 項）。

そして、同省令 1 条 3 号は、都道府県（政令指定都市、中核市）が条例を定めるに当たり、同省令 35 条の規定による基準に従うことを規定している。

ウ 条例の規定（名古屋市の場合）

以上の介護保険法及び上記省令の規定に従い、都道府県（政令指定都市、中核市）は、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準に関する条例を制定している。名古屋市の場合、「名古屋市指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成 24 年条例第 75 号）が制定されており、同条例では、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準は、基本的には厚生労働省令で定める基準に従うこととされている（2 条 1 項）。

そのため、指定介護老人福祉施設は、直接的には本条例を根拠として、介護事故発生時には、速やかに、市町村への事故報告を行うべき義務を負うことになる。

なお、介護保険法に定められているこれ以外の介護サービス・施設に関しても、同様の介護保険法の規定や省令があり、その中で、各サービス提供事業者・施設に対し、介護事故発生時の報告が義務づけられている。介護サービス・施設ごとの介護事故報告に関する介護保険法の規定及び運営基準に関する省令の対応関係は、資料 2 のとおりである。

(2) 事故報告の方法、報告時期及び報告対象について

介護事故発生時に、介護保険施設やサービス提供事業者が市町村への事故報告を行うべき根拠規定については上記のとおりであるが、具体的な報告方法等については省令で規定されていないため、各自治体の運用に委ねられることになる。

この点、介護事故報告の方法や時期の目安、報告対象となる介護事故の範囲につき、令和 3 年 3 月 19 日付厚生労働省老健局高齢者支援課長・認知症施策・地域介護推進課長・老人保健課長通知「介護保険施設等における事故の報告様式等について」（令和 3 年老高発 0319 第 1 号、同老認発 0319 第 1 号、同老老発 0319 第 1 号。以下、「令和 3 年通知」という。）において示された。

令和3年通知では、介護保険施設等における事故報告の様式が別紙として示されており、同様式の活用及び管内市町村、管内事業所への周知が依頼されている。そして、市町村への事故報告は、可能な限り同様式を使用して、電子メールによる提出が望ましいこと、第1報は事故発生後5日以内を目安として提出することなどが示されている。これに従えば、同じ報告書式を用いて事故報告を行うのであるから、提出する事業者や、提出を受ける自治体によって報告される内容に差は生じないことになるが、株式会社日本総合研究所が実施した「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「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報告書（令和4年度調査）¹⁾」によると、介護保険施設へのアンケートでは、市町村への事故報告書の提出様式として、厚生労働省が示した標準様式を用いているとの回答は72.6%であり、自治体へのアンケートでも、事業所から市区町村への報告様式の定めとして、厚生労働省が示した事故報告書標準様式を使用しているとの回答は64.5%であって、実態としては、必ずしも統一的な運用がなされているわけではないようである。

また、報告対象事例として、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については原則として全例、その他の事故報告については各自治体の取扱いによるものとされている。そのため、報告対象事例をどのように定めるかに関しても、自治体ごとに差があることになる。

そのような中、「令和6年度介護報酬改定に関する審議報告」（令和5年12月19日社会保障審議会介護給付費分科会）²⁾では、「介護事業所における事故発生の防止を推進する観点から、国における事故情報の収集・分析・活用による全国的な事故防止のPDCAサイクルを構築することを見据え、事故情報を一元的に収集し、国・都道府県・市町村がそれぞれアクセスできるデータベースの整備を検討していくべきである。」とした上で、「様式の統一化や電子的な報告に向けて、市町村に対して、事故情報の電子的な受付を実施するよう周知するほか、効率的な事故情報の収集、効果的な分析、事業所及び地方公共団体の負担軽減の観点から、以下の事項について検討していくべきである。」と指摘されている。これを受けて、令和6年11月29日付厚生労働省老健局高齢者支援課長・認知症施策・地域介護推進課長・老人保健課長通知「介護保険施設等における事故の報告様式等について」（老高発1129第1号、老認発1129第1号、老老発1129第1号。以下、「令和6年通知」という。）が発出され、令和3年通知により示していた標準報告様式を改訂し、さらなる周知を図っている（な

¹⁾ <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001104882.pdf>

²⁾ <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001180845.pdf>

お、令和6年通知の発出により令和3年通知は廃止。)。また、報告方法については、「原則、電子メール等の電磁的方法により行う」と改められている。

このように、介護事故報告については、法令により義務づけられるものでありながら、その報告方法や対象について運用上の差異が生じうる制度となっており、報告対象範囲の見直しや、事故情報の収集・分析・活用に関する国・都道府県・市町村の役割分担のあり方などは、上記「令和6年度介護報酬改定に関する審議報告」の中でも、検討すべき事項として指摘されている。

2 老人福祉法上の有料老人ホームについて

高齢者が介護を受けながら生活する施設としては、有料老人ホーム（老人福祉法29条1項）が重要な役割を担っている。そこで、有料老人ホームにおける事故の報告が法令上どのように規定されているかについてもまとめておく。

(1) 根拠規定の内容（資料1）

ア 老人福祉法の規定

有料老人ホームは、老人福祉法29条1項において、①老人を入居させ、②当該老人に対して「入浴、排せつ又は食事の介護」、「食事の提供」、「洗濯、掃除等の家事」「健康管理」の少なくとも1つのサービスを提供する施設として定義されている。国及び都道府県以外の者が有料老人ホームを開設する場合には、あらかじめ、施設を設置しようとする地の都道府県知事への届出が必要である。

上記1のとおり、介護保険法には施設の開設者の運営上の責務が規定され、施設ごとの設備及び運営に関する基準に従うことが定められており、その中に介護事故の報告に関する規定が設けられているが、老人福祉法上、これに相当する規定はない（なお、特定施設入居者生活介護等の事業者の指定を受けた有料老人ホームにあつては、介護保険法に基づく規制を受けるため、上記1に整理した、介護保険サービスごとに定められている基準を遵守することが求められ、これに基づき介護事故の報告も必要となる。）。

ただし、有料老人ホームの設置者は、当該有料老人ホームの事業につき、厚生労働省令で定めるところにより、帳簿を作成、保存しなければならないと定められており（29条6項）、帳簿の記載事項の1つとして、「日常生活上の便宜の供与により入居者に事故が発生した場合は、その状況及び事故に際して採った処置の内容」が含まれている（老人福祉法施行規則20条の6第1項5号）。そして、都道府県知事は、有料老人ホームの設置者、管理者などの介護等受託者に対して、その運営の状況に関する事項等の報告を求めたり、上記帳簿書類等の検査をさせることができると規定されている（老人福祉法29条13項）。

なお、政令指定都市・中核市に関しては、老人福祉法 34 条に引用されている、地方自治法 252 条の 19 第 1 項及び地方自治法施行令 174 条の 31 の 2 並びに地方自治法 252 条の 22 第 1 項及び地方自治法施行令 174 条の 49 の 10 により、都道府県が処理することとされている介護保険に関する事務を、政令指定都市・中核市がそれぞれ処理することとされている。

イ 厚生労働省の定める有料老人ホームの設置運営標準指導指針

上記のとおり、老人福祉法上、サービス提供時に発生した事故の報告を直接規定した条文はないものの、厚生労働省は、有料老人ホームの入居者の居住の安定を確保する観点から、有料老人ホームに対する適切な指導監督が不可欠であるとして、「有料老人ホームの設置運営標準指導指針」を策定し（老発第 0718003 号。最終改正令和 6 年 12 月 6 日付厚生労働省老健局長通知（老発 1206 第 2 号））、各都道府県、指定都市又は中核市に対し、この標準指導指針を参考として、地域の状況に応じて指導指針を定めて、有料老人ホームの事業者に対して継続的な指導をするよう要請している。

この標準指導指針の「12 契約内容等」の「(9) 事故発生時の対応」として、有料老人ホームにおいて事故が発生した場合の必要な対応が規定されており、そこでは、入居者に対するサービスの提供により事故が発生した場合、速やかに都道府県、指定都市又は中核市及び入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならないこととされている（1 号）。

ウ 都道府県、指定都市又は中核市の定める有料老人ホームの設置運営標準指導指針（名古屋市の場合）

上記厚生労働省の定める「有料老人ホームの設置運営標準指導指針」を参考として、各都道府県、指定都市又は中核市は、それぞれ、地域の状況に応じた自治体ごとの指導指針を定め、これに基づき有料老人ホームの指導を実施している。

愛知県では、県並びに県内の指定都市及び中核市である名古屋市、豊橋市、豊田市、岡崎市及び一宮市が、それぞれ有料老人ホームの設置運営標準指導指針を定め、その中で、厚生労働省の定める有料老人ホームの設置運営指導指針と同様の事故発生時の対応が求められている。

名古屋市の場合、「名古屋市有料老人ホームの設置運営標準指導指針」が定められており、その中で、サービス提供により事故が発生した場合、速やかに名古屋市長及び入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならないこととされている（12、(9)、1 号）。

(2) 事故報告の方法、報告時期及び報告対象について

有料老人ホームのサービス提供時の事故発生時の事故報告に関する根拠規定は上記のとおりであるが、具体的な報告方法等についての規定がないことは介護保険法上の介護事故の報告の場合と同様である。

この点、介護事故の報告に関する令和３年通知は、介護保険施設における事故が発生した場合の報告内容や様式を示したものであったが、同通知において、「有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム及び軽費老人ホームにおける事故が発生した場合にも積極的に活用いただきたい。」としている。そして、令和３年通知で示していた標準報告様式を改訂した令和６年通知では、対象サービスについて、介護保険施設だけではなく、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム及び軽費老人ホームにおける事故が発生した場合の報告が対象であるとされている。

これらの通知を受け、各自治体は、有料老人ホームにおける事故発生時の報告の取扱いについて、事業者に対する周知を行っているが、その方法や対象となる事故の内容に関しては、介護事故の報告と同様、自治体ごとに運用上の差異が見られる。例えば名古屋市の場合、介護サービス提供者の事故報告基準等を定めた「介護サービスの提供による事故等発生時の本市への報告について」が、住宅型有料老人ホームでの事故報告についても対象としていることから、有料老人ホームでの事故の報告の基準や様式は、介護事故の報告と同一のものとなる（岡崎市も同様の運用。）。これに対し豊田市の場合、「介護保険サービス事業者における事故発生時の報告の取扱い」とは別に「有料老人ホーム等における事故発生時の報告の取扱い」が定められ、報告基準は介護事故の場合と別に定められている（愛知県、豊橋市、一宮市も同様の運用。ただし、報告様式自体は介護事故の報告書と同一のものが用いられている。）。

第3 介護事故の報告に関する実態調査の結果

1 調査の概要

当会は、介護事故の報告に関する現状や実態を確認するため、以下の各調査を実施した。

- ① 愛知県内の政令指定都市、中核市及び愛知県の介護保険に関する事務担当部署からの面談、書面による聴き取り調査

第2に整理したとおり、介護事故発生時の報告先は市町村であるため、まず、愛知県内の市町村のうち、比較的多くの事故報告がなされていると考えられる政令指定都市及び中核市（名古屋市、豊田市、岡崎市、一宮市、豊橋市）の介護保険に関する事務担当部署に対し、介護事故の報告に関して、面談または書面による聴き取り調査を実施した（なお、豊橋市に関しては、介護保険に関する事務を「東三河広域連合」が取り扱っており、東三河広域連合を調査対象とした。）。

また、愛知県は、介護事故の報告書提出先ではないものの、上記以外の県内市町村について、介護保険法上、介護老人福祉施設の指定や、施設が基準に従った適正な運営をしていない場合には勧告、命令等を行う立場にある。そこで、介護事故の報告の場面で、県としてどのように関わっているのかを確認するため、愛知県の介護保険事務担当部署との面談調査を実施した。

- ② 介護サービス提供事業者からの聴き取り調査

次に、介護事故発生時に介護事故の報告を行う立場にある介護サービス提供事業者と面談を実施し、介護事故発生時にどのように対応しているか、介護事故の報告にあたって留意している点や、事故の報告をどのように再発防止に活かしているかなどにつき聴き取り調査を実施した。

- ③ 介護施設利用者からの聴き取り調査

また、介護施設の利用者に対して、介護事故発生時の施設の対応について経験した実態を確認するとともに、介護事故の報告をどのように活かしてほしいかなど、利用者の立場から見た介護事故の報告について聴き取り調査を実施した。

- ④ 研究者との面談調査

介護事故の報告に関しては、厚生労働科学研究事業として、令和3年度及び令和4年度に、「在宅・介護施設等における事故報告に関連する事故の予防及び再発防止の研究」が実施されている。同研究の目的として、介護施設において発生した介護事故等の事例を収集し、詳細に分析し、事故の予防策や再発防止策を提言する必要性や、介護施設等における事故の予防及び再発防止策の横展開の必要性など、当会の調査研究のきっかけと共通する問題意識が指摘されている。そこで、上記研究の

研究代表者である種田憲一郎氏と面談し、研究内容につき説明いただくとともに、研究結果も踏まえて介護事故の報告をどのように再発防止に活かすのかなどにつき意見交換を行った。

以下、当会の調査結果につき整理する。

2 愛知県内政令指定都市、中核市及び愛知県からの聴き取り調査について

愛知県内の政令指定都市、中核市からの聴き取り調査の一覧は、30 頁の一覧表のとおりであり、同内容を含めた各自治体からの聴取結果の詳細を以下に整理する。

なお、各自治体の介護事故報告基準は資料 3 のとおりである。

(1) 名古屋市

調査方法：訪問面談及び電話聴き取り

面談日：令和 6 年 2 月 7 日

回答者：名古屋市健康福祉局介護保険課

1 基本情報

1) 事業所数

介護予防サービス、介護予防・生活支援サービス事業所数 合計 3,678（令和 5 年 3 月 1 日時点）（別添 PDF 資料³：1、2 頁）

介護サービス事業所数 合計 4,274（令和 5 年 3 月 1 日時点）（別添 PDF 資料：3、4 頁）

有料老人ホームの開所数 合計 481（令和 5 年 3 月末日時点）（別添 PDF 資料：5 頁）

※別添資料

本項で引用する名古屋市の資料の詳細は、当弁護士会にお問い合わせいただくか、当弁護士会ホームページに掲載予定のデータでご確認ください。

2) 担当部署体制：担当課名、人数、当該部署の業務（令和 5 年度）

³ 別添 PDF 資料：本項及び次項で引用している名古屋市の資料（別添 PDF 資料）の詳細は、当弁護士会にお問い合わせいただくか、当弁護士会ホームページに掲載予定のデータでご確認ください。

- ・担当課：健康福祉局高齢福祉部介護保険課指導係
- ・体制
 - ・主幹（事業者指導） 1
 - ・係長 1
 - ・主査（事業者指導） 2
 - ・主事 12
 - ・福祉業務員 5
 - ⇒名古屋市の介護現場にいた職員を採用。
 - ・看護師 1
 - ・会計年度職員（事業者指導専門職） 1
 - ⇒看護師の有資格者。主に虐待対応職員。痣、怪我等一般職員では分からないことがあるため、医療知識のある職員が助言を踏まえて対応。
 - ・会計年度職員（指定指導事務員） 2
 - ⇒報告書の集計作業を行っている。
 - ・会計年度職員（施設監査・事業者指導管理栄養士） 1
- ・他部署等との連携

介護保険課他係、監査課、障害者支援課など、必要に応じて関係部署と連携している。施設で起きた重大な事故は特に他部署に情報提供をしている。例えば、社会福祉法人で何かあると監査課が関わる。また、同じく監査課では社会福祉施設監査として、5年に1回を目安に特別養護老人ホームや養護老人ホーム等を対象とした指導を行っているため、介護保険課も同行し、同日に運営指導をあわせて実施している。要介護認定に疑義があれば認定係と連携する。
- ・外部の専門ドクターや有識者との連携は通常業務の中ではない。

2 事故報告の現状

1) 過去の事故の類型や報告件数の傾向、何年分のものか、掲載されている場合はその所在

平成 27 年度：居宅サービス 713 件、有料老人ホーム 467 件、施設サービス 1,346 件
（別添 PDF 資料：7～12 頁）

平成 28 年度：居宅サービス 674 件、有料老人ホーム 649 件、施設サービス 1,446 件
（別添 PDF 資料：13～18 頁）

平成 29 年度：居宅サービス 765 件、有料老人ホーム 732 件、施設サービス 1,500 件
（別添 PDF 資料：19～24 頁）

平成 30 年度：居宅サービス 802 件、有料老人ホーム 746 件、施設サービス 1,360 件
（別添 PDF 資料：25～30 頁）

令和元年度：居宅サービス 901 件、有料老人ホーム 782 件、施設サービス 1,185 件
(別添 PDF 資料：31～36 頁)

令和 2 年度：居宅サービス 933 件、有料老人ホーム 874 件、施設サービス 1,221 件
(別添 PDF 資料：37～42 頁)

令和 3 年度：居宅サービス 1,365 件、有料老人ホーム 926 件、施設サービス 1,365 件
(別添 PDF 資料：43～48 頁)

令和 4 年度：居宅サービス 649 件、有料老人ホーム 802 件、施設サービス 1,084 件
(別添 PDF 資料：49～54 頁)

- ・居宅サービス (別添 PDF 資料：49 頁～)
一番多いのは転倒で 334 件 (全体の 51.5%)。
場所は居室内で 205 件 (全体の 31.6%)。
受傷は骨折 (下肢) が最も多く、152 件 (全体の 23.4%)。
- ・有料老人ホーム (別添 PDF 資料：51 頁～)
一番多いのは転倒で 565 件 (全体の 70.4%)
場所は居室内で 512 件 (全体の 63.8%)
受傷は骨折 (下肢) が最も多く、237 件 (全体の 29.6%)。
- ・施設サービス (別添 PDF 資料：53 頁～)
一番多いのは転倒で 586 件 (全体の 54.1%)
場所は居室内で 524 件 (全体の 48.3%)
受傷は骨折 (下肢) が最も多く、444 件 (全体の 41.0%)。

・過去に遡っても、事故原因、発生場所、受傷程度は、令和 4 年度と同じ傾向
令和 5 年度：居宅サービス 679 件、有料老人ホーム 933 件、施設サービス 1,341 件
(※面談実施後に追記した情報である)

2) 報告を求めるのはどのような事故か

- ・運営に関する基準の「事業者は事故が発生した場合は市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じなければならない」を踏まえ、事業所からの事故報告を求めている。
- ・対人 (利用者) 事故、対物事故、感染症の発生。
- ・事業者が事故報告を行うに当たっての区分 (対人事故、対物事故、感染症) の設定開始時期は判然としないが、平成 18 年には設定されていることを確認している。

3) 報告書の提出様式

名古屋市の様式

4) 報告書の提出手段

- ・「NAGOYA かいごネット」
開設時期：平成 13 年 5 月 1 日
事故報告受付開始時期 (ロゴフォーム)：令和 5 年 5 月

- ・「NAGOYA かいごネット」は、定期的に行われる介護保険指定事業者講習会、有料老人ホーム事業者向け講習会、定期的に行う運営指導などにおいて周知しており、介護事業者であれば、「NAGOYA かいごネット」は当然に確認しているものである。
- ・従前は FAX 又は郵送により提出していたが、事業者及び名古屋市における事務負担の軽減を目的とし、「NAGOYA かいごネット」で事故報告を受け付けることにした。FAX も引き続き受け入れているが、ロゴフォームの利用は増えており、60%、70%くらいが利用している。
- ・ロゴフォーム自体はグーグルフォームやオンラインでのアンケートみたいなものである。フォームに簡単な情報（事業所名等）を記載してもらい、エクセルデータなどを添付してもらう。誤送信を防ぐため、フォームを利用してもらっている。
なお、ロゴフォームに変えたことによる相談件数に変化はない。
- ・「NAGOYA かいごネット」で事故報告を受け付けることにしたことで、報告件数に変化があったかについて、現時点で分析は行っていない。
- ・令和5年度よりロゴフォームによる報告に改善したところであり、今後、事業者からの意見等も参考にしながら改善点について検討していく。

3 報告された情報の活用状況

1) 受付後の流れと集計（集約）方法

事業者からの報告→内容確認→（不明点等がある場合は事業所に確認）→記録・集計→必要なケースについて調査

2) 集約した情報を活用しているか、具体的な活用内容

定期的に事故報告内容を原因別、発生場所別等で集計し、事業者指導の際の参考にしている。

3) 各事業所に対して直接情報をフィードバック（周知）する運用があるか。

- ・必要と判断したケースについては、当該事業者に対して個別に対応することになっている。
- ・介護保険指定事業者講習会の際に紹介している。

4) 死亡事故などの一定の重大事故について、当該事業者との関係で何らかの対応をすることがあるか（その後の再発防止の取組等について報告を求める等）。

ある場合、当該自治体以外の外部組織（愛知県など）と連携して対処することはあるか。

- ・必要と判断したケースについては、当該事業者に対して個別に対応することとしている。
- ・必要なケースについては、当該事業者に対して改善指導を行い、改善内容についての報告を求める場合がある。また、名古屋市以外の機関に関係する事例については、連携しながら対応することとしている。

- ・名古屋市の事業所は名古屋市で対応する。名古屋市は政令指定都市で監査も独自でできるため、名古屋市の事業所で愛知県と関わることはない。大きな法人だと各地に施設があるため、愛知県と市が相互に情報を提供し合って調査をすることはある。

5) 特定の事業所が同種事故を繰り返している場合又は、複数の事業所において同種事故が繰り返し発生している場合、何らかの対応をすることがあるか。

- ・定期的に行う運営指導等において指導を行う場合がある。

4 報告内容の検証

1) 報告書の内容に関する検証の有無、ある場合は検証の場面や方法（会議等がある場合は会議名や頻度等も）

- ・定期的に事故報告内容を原因別、発生場所別等で集計し、事業者指導の際の参考にしている。
- ・虐待事案が多く、月2回、虐待事例検討会議を行っている。

2) 事故の原因分析や再発防止の観点からの検証の有無、ある場合はその内容、頻度、体制、担当課又は職種、ない場合はその理由

- ・定期的に事故報告内容を原因別、発生場所別等で集計し、事業者指導の際の参考にしている。
- ・報告書に再発防止の取組が記載されていなければ指導する。
虐待や不正請求の件数が多く、それらの対応を優先しており、再発防止策の検討までやりきれていないところはある。ただし、担当者レベルで助言することはある。

3) 事故報告書を受けて、自治体が事業者に対して照会や追跡調査を行うことがあるか、どのような事例か。

- ・必要なケースについては、調査を行うこととしている。主な事例としては、基準違反や高齢者虐待が疑われるケース、事業者と利用者の間でトラブルになっているケースがある。
- ・報告内容が不明である場合など、必要と判断したケースについては、照会等を行っている。
- ・調査方法は、事業所に報告を求め、事故の状況のわかるものを提出してもらい、必要に応じて現地に行ったり、来てもらったりしている。軽微なものであれば、書面でのやり取りのみのものもあり、人員が限られていることから軽重をつけて行っている。基本的には1・2)記載の職員で対応し、家族による虐待は別の部署が対応、虐待等の重大な事例だと2～3名のチームにて対応することもある。
- ・一番多いのは身体的虐待（叩く）、心理的虐待（利用者の尊厳を傷つける、罵倒する）である。施設から報告書を提出してもらい、場合によっては監査をして利用者

から話を聞いたり、会議で議論をしたりする。施設の職員に対する研修が不十分であれば、もっと研修するよう話をすることもある。

- ・亡くなった場合には必ず調査をするという運用があるわけではない。高齢者施設なので亡くなったことを全て調査することはできない。

5 報告されるべき報告がなされているか

1) 報告されるべき事例が報告されているかについて、自治体が把握する方法の有無、具体的な方法

- ・市民・事業者からの相談や情報提供、定期的に行う運営指導時のヒアリング等において把握している。
- ・苦情、虐待があったといった電話が一日数十件ある（集計はしていない。）。本人家族からの電話が多い。こういった話があれば、事故報告があったかを確認し、報告がなければ事業者を確認し、事故報告の提出を促す。6年に1回程度、事業所をまわっており、報告すべき案件が報告されていなければ、報告を促すこともある。
- ・ホームページでは家族からの相談フォームはない。
- ・契約書の中に苦情相談窓口の記載があり、相談窓口は利用者側に周知されている。

2) 利用者（家族含む）から自治体への事故報告の有無、手段、年間件数

利用者及び家族から事故報告書が提出されたことはない。相談の中で対応している。

3) 利用者等から自治体へ事故報告がなされた場合の対応の流れ

2) 記載のとおり。

4) 利用者等から自治体へ事故報告がなされたが当該事業者から報告がなされていなかった事例の有無、ある場合の当該事業者への対応

2) 記載のとおり。

6 報告された情報の公表について：公表の有無、公表している場合の公表手段と情報

名古屋市のホームページにて、居宅サービス、施設及び有料老人ホームごとに、月別報告件数、原因別報告件数、発生場所別報告件数、受傷程度別報告件数を公表している。事業者側に事故防止の意識を高めてもらうことを目的とし、公表することにした。

7 その他

- ・介護事業所向けの研修を健康福祉局高齢福祉部介護保険課居宅指定係で行っている。
- ・月2回行っている検討会（復命会）は部署内の検討会であり、個別の指導や集団指導の際に活用しており、意識のすり合わせ、情報の共有に役立っている。

- ・厚生労働省で報告の書式を統一したことについて、自分たちとしては使いにくくなるかもしれない。

(2) 豊田市

調査方法：Zoom 面談及び電話聴き取り

面談日：令和 6 年 5 月 29 日

回答者：豊田市福祉部介護保険課

1 基本情報

1) 事業所数

合計 850 件以上、有料老人ホームは 48 件（令和 6 年 4 月 1 日現在）

2) 担当部署体制：担当課名、人数、当該部署の業務（令和 5 年度）

- ・担当課：福祉部介護保険課
- ・体制
 - ・正規職員 29 名
 - ・①施設担当、②認定担当、③計画推進担当、④保険料担当、⑤給付担当の 5 つの担当に別れており、①施設担当が指定・指導を行う。②認定担当以外は事務職で構成されており、②認定担当は一部保健師がいる。なお、現場での監査は総務監査課が行い、これ以外の担当部署が現場で指導を行うことはない。
 - ・施設担当は事務職 4 名で構成されている。事故報告への対応は施設担当が実施している。
 - ・外部組織（愛知県等）との連携あり。

2 事故報告の現状

1) 過去の事故の類型や報告件数の傾向、何年分のものか、掲載されている場合はその所在

- ・過去 10 年間に於いて報告された事故類型は様々であるが、利用者の怪我、死亡事故が大半を占める。
- ・事故の中で最も多いのは転倒・誤飲で、次いで感染症の報告。不祥事は数件ほど。
- ・有料老人ホームからの報告書は殆どなく、介護保険サービス事業からの報告が大半を占める。

2) 報告を求めるのはどのような事故か

- ・利用者の怪我、死亡事故、食中毒・感染症の発生、職員の法令違反・不祥事など
※報告要領はどの自治体も類似している。

3) 報告書の提出様式

- ・高齢者施設においては、以下の2様式を求める。

事故報告書：介護保険事業者事故等報告書標準様式

事故報告書：有料老人ホーム事故等報告書

4) 報告書の提出手段

- ・持参または郵送を採用しているが、特段問題はない。
- ・令和3年は331件、令和4年は361件の窓口対応があった。
- ・「豊田みよしケアネット」での報告も可能。各自ログインして報告してもらう。ただし、利用頻度は少なく、ほぼ窓口で対応している状態にある。「豊田みよしケアネット」については医療機関の方が利用は多い印象。
- ・豊田市としては、報告書の行間をその場で聴取することができるため、窓口対応の方が都合がよいと感じている。

3 報告された情報の活用状況

1) 受付後の流れと集計（集約）方法

- ①施設担当で確認・回覧する。
- ②総務監査課に回覧し、内容を確認してもらう。

2) 集約した情報を活用しているか、具体的な活用内容

- ・報告を受けたもののうち、人員基準違反や虐待等の法令違反が疑われる場合には、事業内容を聞き取った上、総務監査課が別途立入検査を実施する。
- ・虐待が疑われる場合には、施設担当者が立入検査を実施する場合もある。頻度は決まっておらず、ケースバイケースで実施している。

3) 各事業所に対して直接情報をフィードバック（周知）する運用があるか。

- ・毎年事業者講習会において、事故報告の件数、発生時刻、被害者・被害の状況について公表している。
- ・事故について集計した結果についても公表しており、HPで検索でき、当年度・前年度分は閲覧可能である。

4) 死亡事故などの一定の重大事故について、当該事業者との関係で何らかの対応をすることがあるか（その後の再発防止の取組等について報告を求める等）。

ある場合、当該自治体以外の外部組織（愛知県など）と連携して対処することはあるか。

- ・ケースバイケースであるが、事故報告書にある原因分析や再発防止策についての聴き取りや外部組織（愛知県等）と連携する場合もある。
- ・直近での具体的な事例はない。

5) 特定の事業所が同種事故を繰り返している場合又は、複数の事業所において同種事故が繰り返し発生している場合、何らかの対応をすることがあるか。

- ・基本的には事故の内容に鑑みて対応を検討している。

- ・他の事業所にも当てはまる場合には、対応策を周知することも検討しているが、現時点で事例はない。
- ・違反の程度により行政指導を踏んで、行政処分を出す場合もある。ただし、行政指導で留まる場合がほとんどで、事業所に事態の聴き取りをして指導して終わる。なお、総務監査課が行う運営指導で事故報告について確認するよう依頼する場合もある。

4 報告内容の検証

1) 報告書の内容に関する検証の有無、ある場合は検証の場合や方法（会議等がある場合には、会議名や頻度等も）

- ・「事業者講習会」を開催して、事故報告の件数、発生時刻、被害者・被害の状況、事故の集計結果について公表し、周知を図っている。例えば、「施錠漏れがあったので、気を付けてください」等の周知をしている。
- ・同講習会にはほとんどの事業者が参加している状況ではあるが、資料掲載のみ。新型コロナウイルス感染症が流行る前は集まっていたが、今後、リアルで集まるかどうかは検討中。

2) 事故の原因分析や再発防止の観点からの検証の有無、ある場合はその内容、頻度、体制、担当課又は職種、ない場合はその理由

- ・事業者がどのように把握しているか、原因の分析、再発防止策が書き込めているかどうかという観点から報告書を検討しているのみ。
- ・独自に分析ができればいいが、そこまでは進んでいない。

3) 事故報告書を受けて、自治体が事業者に対して照会や追跡調査を行うことがあるか、どのような事例か。

- ・必要に応じて照会を行うことはある。

5 報告されるべき報告がなされているか

1) 報告されるべき事例が報告されているかについて、自治体が把握する方法の有無、具体的な方法

- ・利用者の家族、従業員から相談があり、市が把握することはある。ただし、市から積極的に情報を取りに行くことはない。

2) 利用者（家族含む）から自治体への事故報告の有無、手段、年間件数

- ・年間数件で、電話による報告が多い。

3) 利用者等から自治体へ事故報告がなされた場合の対応の流れ

- ・利用者側に了承を取り、事業所に連絡をして確認する。
- ・事業所から報告書が出てない場合には、指導する。

4) 利用者等から自治体へ事故報告がなされたが当該事業者から報告がなされていないかった事例の有無、ある場合の当該事業者への対応

- ・件数は多くないが、上記のような事例はある。この場合、利用者側に了承を取り、事業所に連絡して確認する。
- ・双方に対して事実確認するが、実際は大事ではないものがほとんどの状況。事業所には誤解が生まれないように、とお願いはしているものの、事業所の説明が耳に入っていない利用者等もいる。こういった場合、市役所が間に入ることで冷静になることもある。
- ・電話で「訴える」と言う方は、感覚的に数%ぐらい。
- ・虐待が疑われるが、断定まではできない場合、総務監査課に施設を回るよう施設担当から調査をお願いする場合もある。

6 報告された情報の公表について：公表の有無、公表している場合の公表手段と情報

- ・事業者講習会の中で、件数、発生時刻、被害者・被害の状況について公表している。
- ・事故に関して集計した結果については、HPにて公表している。当年度、前年度分は閲覧可能。

(3) 岡崎市

調査方法：Zoom 面談及び電話聴き取り

面談日：令和 6 年 4 月 25 日

回答者：岡崎市福祉部介護保険課

1 基本情報

1) 事業所数

居宅：387、施設：73、有料老人ホーム：50（令和 6 年 3 月 1 日時点）

2) 担当部署体制：担当課名、人数、当該部署の業務（令和 5 年度）

福祉部介護保険課事業所指定係 4 名

内容により、指導や虐待の担当部署と連携を図っている。

なお、指導部署は 4 名、虐待部署も 4 名。

指定係、指導係は一般職員。

虐待部署には一部保健師など福祉に関わる資格者がいる。

2 事故報告の現状

1) 過去の事故の類型や報告件数の傾向、何年分のものか、掲載されている場合はその所在

利用者のケガの報告がどの年度においても多く、近年においては新型コロナの影響もあり、感染症の報告が多くなっている。報告件数についても、新型コロナの報告数が多かったことから、年度単位では直近3年の報告数が多い傾向にある。

令和3年度：386件 令和4年度：264件 令和5年度：318件

2) 報告を求めるのはどのような事故か

※報告要領はどの自治体も類似している

3) 報告書の提出様式

岡崎市固有の書式を使用しており、厚生労働省の書式は使用していない。

※聴取後、令和7年1月より厚生労働省指定の書式を利用していることを確認。

4) 報告書の提出手段

FAX（窓口提出、メールも可）

3 報告された情報の活用状況

1) 受付後の流れと集計（集約）方法

①事故報告書の内容を確認

②記載内容に不備や確認事項があれば事業所へ連絡

③課内で供覧

2) 集約した情報を活用しているか、具体的な活用内容

3) 各事業所に対して直接情報をフィードバック（周知）する運用があるか。

（2）及び3）に対する回答として）そのような運用はしていないが、運営指導先の事業所で聞いた話を、他の事業所に行った際に個別に伝えることはある。

4) 死亡事故などの一定の重大事故について、当該事業者との関係で何らかの対応をすることがあるか（その後の再発防止の取組等について報告を求める等）。

ある場合、当該自治体以外の外部組織（愛知県など）と連携して対処することはあるか。

今のところはない。

5) 特定の事業所が同種事故を繰り返している場合又は、複数の事業所において同種事故が繰り返し発生している場合、何らかの対応をすることがあるか。

報告書の提出の際に、繰り返している理由や再発防止策について聞くことはある。

また、各事業所が組織している事故対策委員会において、どのような検討をし、どのように周知しているのかを確認している。

4 報告内容の検証

1) 報告書の内容に関する検証の有無、ある場合は検証の場面や方法（会議等がある場合は会議名や頻度等も）

2) 事故の原因分析や再発防止の観点からの検証の有無、ある場合はその内容、頻度、体制、担当課又は職種、ない場合はその理由

（1）及び2）に対する回答として）今のところ検証・評価はしていない。

専門的な職員が配置されていなかったり、人員が足りないため。

3) 事故報告書を受けて、自治体が事業者に対して照会や追跡調査を行うことがあるか、どのような事例か。

トラブルになっている場合やトラブルになりそうな場合、報告を受けた内容に対して当該事業者への照会等を行うことはある。

虐待が疑われる内容の報告の場合は、事業者へ聴き取りや指導等が行われる。

5 報告されるべき報告がなされているか

1) 報告されるべき事例が報告されているかについて、自治体が把握する方法の有無、具体的な方法

市で委嘱する介護サービス相談員が、施設を訪問して職員や利用者から話を聞いて回る活動を行っており、事故報告として挙がっていない事故があれば把握することができる。また、地域密着型サービスの場合、事業所において運営推進会議が開催されるが、その際に事業所で発生した事故について報告されることもあり、市へはその議事録が提出・供覧されるため、それで把握することもできる。

また、介護サービス事業所・施設への運営指導の際に事故報告書の確認を行い、市へ報告が必要な事故について報告をしていない場合、報告をするよう指導している。

2) 利用者（家族含む）から自治体への事故報告の有無、手段、年間件数

電話にて、年間数件ほどある。

3) 利用者等から自治体へ事故報告がなされた場合の対応の流れ

事業所からそれに関する報告書が提出されていないか確認し、されていなければ確認の連絡をする。その後、内容を精査し、虐待の疑いがある場合などは、その担当部署へ情報共有する。

4) 利用者等から自治体へ事故報告がなされたが当該事業者から報告がなされていないか事例の有無、ある場合の当該事業者への対応

ここ数年では事業者側から報告されなかった例はない。仮に、報告されなかった場合は、市から事業者へ報告するよう求める。

6 報告された情報の公表について：公表の有無、公表している場合の公表手段と情報公表していない。

(4) 一宮市

調査方法：質問書送付、文書回答及び電話聴き取り

回答受付日：令和 6 年 3 月 25 日

回答者：一宮市福祉部介護保険課

1 基本情報

1) 事業所数

介護サービス事業所：562（令和 6 年 8 月 1 日現在）

有料老人ホーム：95（令和 6 年 9 月 1 日現在）

2) 担当部署体制：担当課名、人数、当該部署の業務（令和 5 年度）

福祉部介護保険課職員：36 名

会計年度任用職員（事務・認定調査員など）：26 名

外部委嘱：なし

2 事故報告の現状

1) 過去の事故の類型や報告件数の傾向、何年分のものか、掲載されている場合はその所在

平成 31（令和元）年：537 件 令和 2 年：438 件

令和 3 年：437 件 令和 4 年：515 件 令和 5 年：513 件

※一宮市文書管理規則の規定により、直近 5 年分の記録のみ確認可能。また、令和 4 年度から集計項目を変更しており、同じ条件での集計ができないため、傾向等についての評価はできない。

2) 報告を求めるのはどのような事故か

「介護保険サービス事業者における事故等発生時の報告取扱い要領」（資料 3）のとおり。

※「要領」で定められている事故区分は、平成 14 年 3 月 18 日愛知県健康福祉部長通知「介護保険サービス事業者における事故報告等発生時の報告の取扱いについて」の報告事故区分①～④を参考にしたもの。

3) 報告書の提出様式

介護保険事業者事故等報告書（国様式）

4) 報告書の提出手段

電子メール、郵送、直接持参のいずれか。

ただし、死亡事故等、利用者の身体・財産等に重大な影響があり、かつ重大性又は緊急性が高いものについては、直ちに電話で第一報の報告をする。また、事故報告書の提出が遅れている場合も、電話で第一報の報告をする。

3 報告された情報の活用状況

1) 受付後の流れと集計（集約）方法

担当者が事故内容を確認し、事故報告一覧に入力したものを、翌月に月報として介護保険課、関係各課で供覧している。ただし、重大事故と判断する場合は、受付後、供覧を待たずに速やかに上司へ報告している。

2) 集約した情報を活用しているか、具体的な活用内容

介護保険施設等への集団指導として実施している講習会の資料作成時、サービスごとの事故の集計、事故の内容と有効と考えられる再発防止策について掲載している（年1回）。

3) 各事業所に対して直接情報をフィードバック（周知）する運用があるか。

ない。

4) 死亡事故などの一定の重大事故について、当該事業者との関係で何らかの対応をすることがあるか（その後の再発防止の取組等について報告を求める等）。

ある場合、当該自治体以外の外部組織（愛知県など）と連携して対処することはあるか。

情報が不足するときは、その後の経過等を事業所へ問い合わせることがある。外部組織との連携はない。

5) 特定の事業所が同種事故を繰り返している場合又は、複数の事業所において同種事故が繰り返し発生している場合、何らかの対応をすることがあるか。

いずれの場合も、再発防止策が不十分と考えられる場合は、当該事業所へ問い合わせることがある。

4 報告内容の検証

1) 報告書の内容に関する検証の有無、ある場合は検証の場面や方法（会議等がある場合は会議名や頻度等も）

担当部署で第一報を受け取った時点で、原因分析や再発防止の検討に不足があると思われる場合は、電話で補充を促したり、その場で聞き取ったりした内容を追記することはある。よほどの重大事故でない限りは、担当部署を超えての検証・評価などを行うことはない。

2) 事故の原因分析や再発防止の観点からの検証の有無、ある場合はその内容、頻度、体制、担当課又は職種、ない場合はその理由。

同上。

3) 事故報告書を受けて、自治体が事業者に対して照会や追跡調査を行うことがあるか、どのような事例か。

特に重大事故の場合には、第一報の内容で事故の結果に関する情報が記載されておらず、事業者側からも特に追加報告がないようであれば、問い合わせをして報告を促すことはある。

5 報告されるべき報告がなされているか

1) 報告されるべき事例が報告されているかについて、自治体が把握する方法の有無、具体的な方法

福祉総務課指導監査室が実施する運営指導時にサービス提供記録等を確認しており、その際に把握している。

2) 利用者（家族含む）から自治体への事故報告の有無、手段、年間件数

事業者における事故対応に関する相談や苦情として、報告を受けることがある（年間2～3件程度）。

3) 利用者等から自治体へ事故報告がなされた場合の対応の流れ

苦情相談記録を作成しており、介護保険事業所については、原則的に介護保険課で受け付けている。ただし、福祉総務課指導監査室に苦情が入ることもあるため、双方で供覧等により共有している。

また、市内の有料老人ホームは高年福祉課、サービス付高齢者住宅は住宅政策課でそれぞれ受け付けており、必要時に情報を共有する体制となっている。

4) 利用者等から自治体へ事故報告がなされたが当該事業者から報告がなされていない事例の有無、ある場合の当該事業者への対応

取扱い要領記載の「報告を要する事故等」以外の類型も含め、報告されていなかった例はある。利用者側からの報告内容が、市への報告が必要な事案と判断されるのに、事業者側から事故報告書の提出がない場合は、事業者側に提出を促している。

6 報告された情報の公表について：公表の有無、公表している場合の公表手段と情報

各年度で実施している「介護保険指定事業者講習会」において前年度の事故報告書集計結果（事故の種別・内容・再発防止策）を掲載しており、市のWebサイトでも内容を閲覧することができる⁴。

(5) 東三河広域連合

調査方法：質問書送付、文書回答及び電話聴き取り

⁴ 【参考】令和5年度介護保険事業者講習会資料：

https://www.city.ichinomiya.aichi.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/059/607/R05.zentai.pdf。

回答受付日：令和 6 年 3 月 15 日

回答者：東三河広域連合福祉事業部介護保険課

1 基本情報

1) 事業所数（令和 6 年 3 月 1 日時点）

居宅系サービス：1,174（介護予防サービス含む）

施設系サービス：54

地域密着型サービス：570

有料老人ホームの事業所数は把握していない。

2) 担当部署体制：担当課名、人数、当該部署の業務(令和 5 年度)

介護保険課 43 人

事故報告受付担当：介護保険課指定グループ 7 人（主担当：1 人）

主に東三河広域連合監査指導課および構成市町村の介護保険担当課と連携体制をとっている

2 事故報告の現状

1) 過去の事故の類型や報告件数の傾向、何年分のものか、掲載されている場合はその所在

平成 30 年：596 件 平成 31 年（令和元年）：651 件 令和 2 年：678 件

令和 3 年：893 件 令和 4 年：2,213 件 令和 5 年：1,365 件

令和 3 年以降の事故件数について、半数以上を新型コロナウイルス感染症が占めている。感染症以外の事故では、転倒による骨折事故の報告が多い。

※公表（掲載）なし

2) 報告を求めるのはどのような事故か

愛知県の事故発生時の取扱いを準用（資料 3）

3) 報告書の提出様式

国指定方式

4) 報告書の提出手段

事故報告の第一報は電話又は FAX で受け付け、その後の事故報告書の提出は電子メール、FAX、郵送、持込み、いずれも可能としている。

上記受付方法に課題は特にない。

3 報告された情報の活用状況

1) 受付後の流れと集計（集約）方法

事故報告の第一報を受けた際に事業者へ事故報告書の提出を求める。

事故報告書は担当者が内容の確認を行い、Excel ファイルに記録してまとめた後に一覧表を作成し、課内で情報共有を行う。

2) 集約した情報を活用しているか、具体的な活用内容

活用はしていない。

3) 各事業所に対して直接情報をフィードバック（周知）する運用があるか。

ない。

4) 死亡事故などの一定の重大事故について、当該事業者との関係で何らかの対応をすることがあるか（その後の再発防止の取組等について報告を求める等）。

ある場合、当該自治体以外の外部組織（愛知県など）と連携して対応することはあるか。

死亡事故については事業者へ詳細な経緯の説明を求める場合がある。離設（利用者が無断で施設外に出てしまうこと）や送迎の際の車への置き去り等、利用者に重大な影響があると判断した事故については、事業者に連絡を行い、窓口にて事故発生の経緯と再発防止策の説明、それらをまとめた書類の提出を求めている。

外部組織との連携については、基本的に広域連合と構成市町村の介護保険担当課で対応している。

5) 特定の事業所が同種事故を繰り返している場合又は、複数の事業所において同種事故が繰り返し発生している場合、何らかの対応をすることがあるか。

個別事業者ごとの集計をしていないので、対応していない。

4 報告内容の検証

1) 報告書の内容に関する検証の有無、ある場合は検証の場面や方法（会議等がある場合は会議名や頻度等も）

事業者提出にかかる再発防止策の記載が適切でない場合は助言等を行っているが、それ以上に検証・評価することはない。

2) 事故の原因分析や再発防止の観点からの検証の有無、ある場合はその内容、頻度、体制、担当課又は職種、ない場合はその理由。

検証・評価することはない。

事故原因が様々であることから、累計件数の傾向による検証・評価を行うことは考えていない。

3) 事故報告書を受けて、自治体が事業者に対して照会や追跡調査を行うことがあるか、どのような事例か。

追跡調査することはない。

5 報告されるべき報告がなされているか

1) 報告されるべき事例が報告されているかについて、自治体が把握する方法の有無、
具体的な方法

利用者家族や事業所の職員、関係者からの情報提供で把握することがある。

2) 利用者（家族含む）から自治体への事故報告の有無、手段、年間件数

主に電話で利用者側からの事故の情報提供がある。

情報提供の件数はカウントしていないため年間件数は不明。

3) 利用者等から自治体へ事故報告がなされた場合の対応の流れ

事故が発生した事業所に事実確認を行う。

4) 利用者等から自治体へ事故報告がなされたが当該事業者から報告がなされていないか
った事例の有無、ある場合の当該事業者への対応

ある。

事故発生が事実であれば事業所に事故報告書の提出を求めている。

6 報告された情報の公表について：公表の有無、公表している場合の公表手段と情報
報告件数もその概要も公表していない。

(6) 愛知県

調査方法：訪問面談及び電話聴き取り

面談日：令和6年5月24日

回答者：愛知県福祉局高齢福祉課

1 基本情報

1) 事業所数（令和6年5月時点）

県全体の介護保険施設数（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院の合計）518

そのうち、県の所管となっている事業所数224（約43%）

2) 担当部署体制：担当課名、人数、当該部署の業務（令和5年度）

福祉局高齢福祉課介護保険指導第一グループ 職員の数：5名

事故報告は市町村に届け出ることになっているが、市町村からの受け取りを第一グループで行っているほか、介護保険法に基づく事業所指定に関する統括、介護保険に関する条例の策定及び報酬算定に関する運営指導などを行っている。

職員5名は全員行政職員であり、班長、主査、主事（2名）、非常勤職員（1名）という構成である。

2 事故報告の現状

1) 過去の事故の類型や報告件数の傾向、何年分のものか、掲載されている場合はその所在

県では報告件数について統計をとっていないため、過去の正確な報告件数は不明。ただし、県に報告が必要となるのは、市町村に報告されたもののうち、重要と思われる事故に限定されている（下記2）参照）ため、件数は多くない。

担当者の把握する限り、令和4年度2件、令和5年度2件。

2) 報告を求めるのはどのような事故か

『介護保険サービス事業者における事故発生時の報告の取り扱いについて』（令和3年12月17日付け愛知県福祉局長通知）に基づき、「指定基準違反の恐れがある場合や後日トラブルが発生する可能性がある」と判断される場合等重要と思われる事故等」を県への報告対象としている。

そのうち、「指定基準違反」とは、『指定居宅サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例』（以下、「基準条例」という。）に規定されている基準を指す。

また、「重要と思われる事故等」として想定されているのは、故意または過失により、介護サービス提供中に、死亡またはそれに準じる被害を生じた事故であるが、その重要性の判断は市町村が行う。

県への報告がないまま、報道や別ルートで情報を覚知した場合など、必要に応じて、県から報告を求める場合もある（ここ5年間で2件あった。）。

3) 報告書の提出様式

『介護保険サービス事業者における事故発生時の報告の取り扱いについて』（令和3年12月17日付け愛知県福祉局長通知）にて、国様式の事故報告書を添付し、市町村に標準例を示しているが、市町村において、既に報告の様式・取扱いが定められている場合は、標準例によらなくても差し支えないこととされている。

4) 報告書の提出手段

基本的にメールにて受け付けている。

3 報告された情報の活用状況

1) 受付後の流れと集計（集約）方法

高齢福祉課内での供覧後、監査指導室への情報提供を行う。

事故報告内容を検討し、重要であったり必要があれば追加の情報収集を行う。

集計は行っていない。

2) 集約した情報を活用しているか、具体的な活用内容

情報の集約を行っていない。

3) 各事業所に対して直接情報をフィードバック（周知）する運用があるか。

情報を各事業所に直接フィードバックする運用はない。

4) 死亡事故などの一定の重大事故について、当該事業者との関係で何らかの対応をすることがあるか（その後の再発防止の取組み等について報告を求める等）。

ある場合、当該自治体以外の外部組織と連携して対応することはあるか。

重大事故であるという理由から、県が直接、当該事業者は何らかの対応を求めることはない。

また、県所管地域以外の地域（名古屋市、一宮市、岡崎市、豊田市及び東三河広域連合を構成する8市町村）との連携は、これまでにないが、県内の指定権者同士で協力し合うような枠組みはあるので、一般論としては、その枠組みを活用して、市町村と連携したり情報共有する可能性は考えられる。

5) 特定の事業所が同種事故を繰り返している場合又は、複数の事業所において同種事故が繰り返し発生している場合、何らかの対応をすることがあるか。

同種事故を繰り返している場合、その事業所で適切な措置がされていないということになるので、基準条例違反に該当する可能性がある。そうなれば、指定権者として現地に赴き事業者の説明を求めることがある。

また、悪質なものに関しては行政処分もありうるが、実際に、事故を繰り返しているとか、事故防止対策が不十分ということで監査・勧告をした例は、少なくともここ10年以内はない。

4 報告内容の検証

1) 報告書の内容に関する検証の有無、ある場合は検証の場面や方法（会議等がある場合は会議名や頻度なども）

事故報告書の内容について、改めて検証や評価はしていない。

ただし、事故報告書の内容を見て、本当に事故防止の措置を検証していると読み取れない場合には補足説明を求めたり問い合わせをしている。

2) 事故の原因分析や再発防止の観点からの検証の有無、ある場合はその内容、頻度、体制、担当課又は職種、ない場合はその理由。

事故の原因や再発防止策の検証はしていない。

3) 事故報告書を受けて、自治体が事業者に対して照会や追跡調査を行うことがあるか、どのような事例か。

事故が起こって、事故報告書の提出などにより県として事故を把握しているのであれば、定期的な運営指導（2～3年に1回）の際に、監査指導室から指導を行うことはある。

5 報告されるべき報告がなされているか

1) 報告されるべき事例が報告されているかについて、自治体が把握する方法の有無、具体的な方法

そもそも、基準条例は、事業者から県への報告を求めておらず、市町村に対する報告を求めるのみであり、県は、指定権者として、事業者が基準条例を遵守しているかを確認するために市町村への報告を求めているに過ぎない。

そのため、県の立場から、報告されるべき事例が報告されているかを把握する方法は設けられていない。

2) 利用者（家族含む）から自治体への事故報告の有無、手段、年間件数

上記のとおり、そもそも県に対して直接事故報告をする仕組みがないため、利用者から県に対し、「事故報告」という形で報告されることはない。

ただし、事業所において発生した事故について、利用者や家族から見て、適切に対応されていないと感じられた場合に、県に対して「苦情」の形で連絡を受けることはある。苦情の連絡は様々な理由でなされることがあり、全体で1日数件程度であるが、その大半は事故に関するものではないため、事業所において発生した事故に関して、県が利用者や家族から連絡を受けることはほとんどない。

3) 利用者等から自治体へ事故報告がなされた場合の対応の流れ

県は、利用者等から事故に関して苦情を受けた場合には、その事故報告が適切に市町村になされているかを確認することはある。

4) 利用者等から自治体へ事故報告がなされたが当該事業者から報告がなされていないかった事例の有無、ある場合の当該事業者への対応

事業者から市町村に報告がされていなかったり、事故報告がなされていたとしても事故防止措置がされていないなど、基準条例に定める施設運営基準違反が疑われる場合には、事業者に監査指導室が運営指導を行うことが考えられる。

6 報告された情報の公表について：公表の有無、公表している場合の公表手段と情報
事故報告書やその内容は公表していない。

(自治体聴取結果一覧表)

			担当部署	報告を求める基準	報告書の様式 提出方法	報告件数 (直近3年分)	報告情報の 公表の有無
	介護サービス 事業所	有料老人ホーム	(人数) 一部は専門職内訳有				
名古屋市 (59万4137人)	7952	481	介護保険課指導係 一般職 16名 福祉業務員 5名 看護師 1名 会計年度職員 4名	運営に関する基準の「事業者は事故が発生した場合は市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じなければならない」を踏まえ、事業所からの事故報告を求めている。	名古屋市固有の様式 「NAGOYAかいごネット」への登録またはFAX	3656(R3) 2535(R4) 2953(R5)	市のHPにて、施設種類毎に、各種報告件数を公表している。
豊田市 (10万4288人)	886	48	福祉部介護保険課 正規職員 29名	平成14年3月18日愛知県健康福祉部長通知「介護保険サービス事業者における事故報告等発生時の報告の取扱いについて」の報告事故区分①～④を参考にしたもの。	豊田市指定の様式 介護保険事業者と有料老人ホームで2種類あり 持参または郵送、ネットも可能だが利用は少ない	331 (R3) 361 (R4) 491 (R5)	介護保険指定事業者講習会にて、前年度集計結果を報告し、市のHPでも閲覧可能
岡崎市 (9万4222人)	460	50	福祉部介護保険課事業 所指定係 4名	同上	岡崎市固有の様式 FAX,メール、持参も可	386 (R3) 264 (R4) 318 (R5)	無し
一宮市 (10万3585人)	562	91	福祉部介護保険課 36名 (加えて、会計年度任用職員26名)	同上	国指定様式 メール、郵送、持参も可	437 (R3) 515 (R4) 513 (R5)	介護保険指定事業者講習会にて、前年度集計結果を報告し、市のHPでも閲覧可能
東三河 広域連合 (20万8117人)	1798	(※3)	介護保険課 43名	同上	国指定様式 メール、FAX,郵送、持参も可	893 (R3) 2213 (R4) 1365 (R5)	無し

※1 自治体名の下的人数は、65歳以上の人口（岡崎市及び一宮市は令和6年4月時点、豊田市は同年12月、その他は同年10月時点のもの）

※2 事業所数、担当部署・人数等は、それぞれの聴取時点の情報である。

※3 東三河広域連合は、東三河8市町村（豊橋市・豊川市・蒲郡市・新城市・田原市・設楽町・東栄町・豊根村）を構成自治体とする広域連合であり、介護保険に関する事務処理を行っているが、有料老人ホームに関する事務処理は行わない（各自治体で処理する）ため、管内の有料老人ホームの総数は把握されていない。

3 介護サービス提供施設からの聴き取り調査について

介護サービス提供施設の開設者である、医療法人士正会及び社会福祉法人華陽会からの聴き取り調査の内容は、以下のとおりである。

(1) 医療法人士正会

調査方法：訪問面談

面談日：令和6年7月30日

1 基本事項について

1) 医療法人士正会の施設の運営状況（介護施設の数等）

- ・施設A：介護付き有料老人ホーム 48室
- ・施設B：住宅型有料老人ホーム 55室

2) 施設の職員体制（有資格者、無資格者の割合、常勤非常勤等）

施設A、施設Bともに

- ・資格者：事務職員以外すべて有資格者
「看護師」「介護福祉士」「実務者研修」「初任者研修」「介護支援専門員」「PT（理学療法士）・OT（作業療法士）・ST（言語聴覚士）」
- ・常勤非常勤割合：常勤7割、非常勤3割

□施設Aは法定の人員配置基準「3：1」（事務職以外の看護師やリハビリ職等を含む常勤スタッフの総数に対する比率）に対して「3：2」（介護福祉士、実務者研修取得者、初任者研修取得者のみに対する比率）で倍の人員配置

施設Bはフロア別で違う人員体制

24時間看護師配置体制

3) 施設の定員及び現入居者数

- ・施設A：定員48名
- ・施設B：定員55名

2 施設Aにおける介護事故及びその予防に関する事項

1) 過去3年間における介護事故の有無、件数、増減の傾向及び多い事故及びインシデントの類型

令和4年5月～令和5年12月の約1年半での報告

- ・事故報告件数：6件
- ・事故原因：転倒5件、原因不明骨折1件

2) 介護事故が発生したときの対応の流れ

- ・ 事故発生時に看護師による状態確認
- ・ 主治医に報告
- ・ 主治医の指示にて「救急搬送」「同一敷地内の外科医院受診」「経過観察」
- ・ 主治医の指示実施後に看護師より家族に報告
- ・ 救急搬送の場合は家族に連絡して病院に行っていただく

□これらは施設Aの基準であり、他施設の対応は不明。

看護師が24時間常駐しており（昼4～5人、夜1人）、介護事故発生時の対応はすべて（家族への連絡も含めて）看護師が行う。事故を発見した介護士は看護師に必ず報告する。

介護士も夜でも各フロア（1フロア12部屋）に1人は常駐

治療が必要な場合は病院へ（同一敷地内の外科医院で対応できない疾患は、外部の医療機関へ）

3) 過去3年間における行政への介護事故報告の有無及び行政からの指導等の有無

事故報告件数：5件（転倒4件、原因不明の骨折1件）

行政からの指導：0件

□名古屋市へ事故報告したが、経過観察どまりで、現在入院などの治療を要していないのであれば報告は不要とのことで返されたものが1件（転倒事案）ある。

転倒事案は全て居室内であり、プライバシーの問題から居室の入口の扉は閉めている。

4) 介護事故が発生した場合の貴施設で講じている再発防止策（内部にかかわらず、外部と連携するものを含む）

- ・ 事故報告書を作成して施設職員に共有。

□事故報告書は事務職を含めたすべての職員が電子にて閲覧可能な状態にしており、閲覧したかどうかの確認もしている（チェック欄あり）。

- ・ 毎月事故検証委員会を開催しており、事故内容の検証と再発防止策を作成⇒職員共有。

□検証委員会のメンバーは、看護師、事務スタッフ、各フロアの少なくとも1人のスタッフで構成されており、医師は参加しない。

ヒヤリハットも含めて検討している。

（施設A独自の）マニュアルが遵守されていたかどうかを検証し、遵守されていなければそこを指摘し、マニュアルに載っていないケースであればマニュアルに追加する。

多数のマニュアルがあり、各フロアに備え置かれている。なお、マニュアルは電子化されている。

5) 入居者やご家族等からの貴施設で行っている介護事故予防に関してよくある苦情や要望及びそれに対する対応

事故予防に関して家族から「拘束」の要望があるが、施設では以下の要件以外は拘束が認められないので話し合いが必要になる。

切迫性：利用者やほかの利用者の生命や身体に危険が及ぶ可能性が著しく高い

非代替性：身体拘束に替わる介護方法がないこと

一時性：身体拘束が一時的であること

例えば、家族からするとベッドからの転落予防のため、ベッドに柵を設けてほしい（４点柵）や徘徊防止のため部屋にカギをかけてほしいなどの要望があるが、すべて禁止されている拘束になるので施設として実施できないことを説明している。家族としては、病院では４点柵で入院していたので病院と同じ対応をしてほしいとの要望である。

施設としては、個々の入居者の状態が違うので、例えば、ベッドからの転落を心配している家族には、ベッドを最低床にして３点柵、落ちても重症化しないようマットを敷くなど介護は工夫が必要になる。

転倒に関しても苦情や要望が多い事項になる。家族としては施設にいれば転倒事故が発生しないと思い込んでいる方が多いのが実情であるが、実際は２４時間スタッフがずっと横についているわけではないので転倒の可能性があることを理解してもらう必要がある。

あとは嚥下に関する要望が多い。高齢になると嚥下機能が下がり（なくなり）経口摂取が難しい入居者も多くいる。胃ろうや経鼻栄養などの医療処置になるが、本人や家族としては少しでも「食べたい・食べさせたい」との要望がある。嚥下ができない方に飲食をさせてしまうと誤嚥性肺炎や窒息のリスクがかなり高くなる。施設では嚥下の専門職である言語聴覚士を配置しており、少しでも要望が叶えられるよう食材の選定や形状を検討して対応している。

□家族からは、書面より口頭での苦情、要望が多い。

家族には施設は病院と同等の管理がされているから転倒など起きるわけがないという認識の方も一定数いるが、家族には、２４時間スタッフが横についているわけではないということを理解してほしい。スタッフの目のある中での転倒はない。入浴も、機械浴の場合、２人のスタッフが付き添い、事故は起こらない。個浴の場合は１人のスタッフの付き添いだいが、それでも事故は起こらない。

6) 法人の運営するクリニックとの連携の内容

施設Ａでは同一敷地内に外科医院があり、院長のＸ医師が施設最上階に住んでいるため、夜間も含め２４時間医師との連携がとれる施設になる。

X医師が不在の場合は当法人理事長のY医師が副主治医として対応。転倒等でMRIやCT撮影が必要な場合は医療機器が充実している医療機関Cにて受診連携している。

7) 介護事故予防に向けて貴施設において気を付けていること（緊急時の対応措置を含む）

事故予防については「マニュアル作成」を重視している。介護事故は必ずマニュアル以外の行動が発生した場合に事故が起こっていることがわかっている。

すべての介護業務のマニュアル作成を行っていることと、外部研修としてオンライン動画の「ジョブメドレーアカデミー」を全従業員が視聴できる体制を整えており、介護事故予防の研修を行っている。

8) 法人または施設で、独自に行っている介護事故を予防するための研修はあるか

前述した「ジョブメドレーアカデミー」を全従業員が視聴できる体制を整えている。約6,000の動画が収録されており、各介護業務の基本行動を視聴して研修できるようにしている。

☐ 「ジョブメドレーアカデミー」は好きなときに視聴できる。

中には施設運営上、法律で視聴が義務付けられているものがある（虐待等）。

研修を受講したか否かを確認可能であり、施設側もスタッフが研修を受講したかを確認している。視聴していないスタッフには個別に視聴するように指示している。

9) 法人以外他施設で発生した介護事故を把握する手段やシステムはあるか

施設同士の横のつながりはなく、他施設の事故に関しては把握する手段はない。

10) 行政（名古屋市）に対して、介護事故の情報提供や職員等への研修等に関する要望はあるか

名古屋市に対する事故報告を実施しているが、その報告がどのように活用されているか全く不明である。収集した事故報告のフィードバックがあると具体的な事故内容や事故に対する対策を理解する機会をいただけるのではないかと思う。

☐ 今まで名古屋市とやりとりしたことはない。

自治体がオンラインなどで研修をやってくれるとありがたい。

3 理念等

1) 貴施設における介護サービスについての理念や考え方（入居者の自由と安全に対して等）

前述にもありますが、施設Aは「手厚い人員配置」にて「人」と「人」が向き合える環境を重視している。見守る人員が多いと入居者とのコミュニケーションをとる機会も増えると同時に、安全配慮と入居者の行動の自由につながると認識している。

逆に人員の少ない施設では入居者の「行動制限」をかけることによって、安全配慮を実施していることにつながると思う。

2) 貴施設において介護事故予防に取り組むにあたり現在困っていることはあるか。

一番困っていることは「家族の理解」になる。家族からの要望、相談、苦情への対応で施設職員が疲弊している現状がある。例えば、家族より「絶対に転倒させないでください」との要望があっても、24時間ずっと利用者様についていることはできないので、居室で1人の時の転倒リスクを説明しても、「施設でお金を払っているのだからちゃんとみて」と言われることがある。施設スタッフも人の命を預かっている業務と認識して仕事に向き合っているが、不可抗力の事故があった場合に家族から苦情を受けると委縮してしまう。そうすると、すべてのリスクに対して、入居時に同意書を取らなくてはならなくなるし、事故防止のため入居者に行動制限を迫るスタッフも出てくる。これは個人の自由を束縛することとなり本来の生活とかけはなれてしまうことになる。

□家族から名古屋市に先に情報提供されてしまうことはありうるが、そうしたときにきちんと対応できるように早めに報告をあげるようにしている。

3) 貴施設において介護事故予防のために今後取り組んでいきたいことはあるか。

まずはスタッフに対する研修と能力、知識向上を目指す。事故原因は無知によるものがほとんどなので、研修による介護技術向上が必須であると考えている。次に離職率低下を目指すことになる。事故の大半は経験者、未経験者に関わらず新入社員が大半になる。入居者の個々の特性や施設の特性を知っていれば防げる事故が多いので、離職を防止して長く勤めてもらえる環境を作ることも大切と考えている。

□経験年数の多い介護職員の方が、それまで勤務していた施設とやり方が違ったりして事故を起こしやすい面がある。

(2) 社会福祉法人華陽会

調査方法：Zoom 面談

面談日：令和6年10月24日

1 基本事項について

1) 施設の運営状況（介護施設の数等）

施設系サービス：特養「2」 特定（介護付有料老人ホーム）「3」

居住系サービス：SS「1」 デイ「1」 居宅「1」 訪問介護「1」

訪問看護「1」 看多機（看護小規模多機能型居宅介護）「1」

なごやよりどころサービス事業参加（2015年より）

喀痰吸引研修事業所開設（2018年 医療行為のできる介護職員増員のため）

2) 施設の職員体制（有資格者、無資格者の割合、常勤非常勤等）

(ア) 法人全体 総勢 154人

(イ) 特別養護老人ホーム 『定員：施設入所 80 人・短期入所 20 人』

3) 入居者の属性に関する傾向

- ・平均要介護度：3.7
- ・平均年齢：86 才
- ・平均滞在期間：46.8 ヲ月

施設特色としては、比較的低廉な料金で、年金収入で生活できる。特別養護老人ホームで、要介護 3 以上の方が対象。名古屋市の優先入所指針に従って点数化され、高い人から入所している。

4) 施設における入居に要する費用

- ・食事代：1,445 円 (日額)
- ・居室代：個室 1,171 円 2 人部屋 855 円 (日額)
- ・要介護 3：28,802 円 (1 か月あたり)
- 合計：個室 107,282 円 (1 か月あたり)

5) 施設の形態 (多床型、従来型個室、ユニット型個室的多床室、ユニット型個室)

- ・多床型：72 床
- ・従来型個室：8 床
- ・併設型短期入所：20 床

2 施設における介護事故及びその予防に関する事項について

1) 過去 3 年間における介護事故の有無、件数、増減の傾向及び多い事故及びインシデントの種類

事故	インシデント
R6：2 階「44 件」3 階「25 件」SS「27 件」	2 階「60 件」3 階「50 件」
R5：2 階「109 件」3 階「118 件」SS「73 件」	2 階「110 件」3 階「100 件」
R4：2 階「149 件」3 階「120 件」SS「99 件」	2 階「187 件」3 階「170 件」

行政報告

- R6：「8 件」
- R5：「11 件」
- R4：「9 件」

事故類型

転倒による内出血を生じたものなど複数あり。その中で、行政報告の多くが、転倒による骨折、頭部外傷、エスケープ (施設から離れる)。

2) 介護事故が発生したときの対応の流れ

- ・対象である利用者への対応
安全確保、謝罪、過失の有無により賠償対応も
- ・家族への対応

利用者の安全が確認できた後は、家族へ連絡し謝罪

事故の状況を説明

・関係職員、行政への対応

事故報告、状況説明、再発防止の話し合い（カンファレンス→原則翌日実施）

報告書によって、事故が起きた旨を知らせる。状況と事故が起こってしまった原因を詳しく分析し、防止するためにはどのようにすればよいかを職員全員で検討する。最後に行政、保険会社へ連絡。

行政報告まで1日程度を要する。行政からは、事故後すぐにとられるが、そこまでの時間的余裕はなく、直後はまずご家族への対応を優先。

事故が起きたときには、「その日に出勤している全員」で再発防止策を検討する。

施設では1日2回（朝礼と夕礼）カンファレンスを行っているが、事故の概要について朝報告して、夕方検討している、対策を立てて全体に連絡している。

安全対策委員会（3か月に1回実施：事故類型、再発防止策、重大事故について法人全体で検討している）は別に組織されている。

安全対策責任者は、各施設長が務めている。

3）過去3年間における行政への介護事故報告の有無及び行政からの指導等の有無

R6：「8件」

R5：「11件」

R4：「9件」

転倒による、骨折、頭部外傷。

行政からの指導等はなし。

4）介護事故が発生した場合の貴施設で講じている再発防止策（内部にかかわらず、外部と連携するものを含む）

研修会、ICT（見守り及びカメラ）や介護ロボット（リフト等）の導入

危険予知トレーニングの研修を、年1回、集合研修の形で行っている。事業所間を跨いでスケジュールを合わせて実施する。

また、eラーニングを行い報告書を提出してもらう方法の研修も年1回実施。

職種は限らず、看護師、看護職員、相談員、ケアマネージャーなど、直接ケアに関わるスタッフ全員を対象とする。

5）入居者やご家族等からの貴施設で行っている介護事故予防に関してよくある苦情や要望及びそれに対する対応

●施設の対応

謝罪と状況説明、再発防止策の説明

●家族からの苦情や要望

職員体制や監護状況についての苦情例が多い。逆に、入居者が迷惑をかけて申し訳ないという同情心を示して下さるご家族もある

6) 法人におけるクリニックとの連携の有無及びその内容

嘱託医師

健康管理、定期健診、予防注射、回診、処方箋の発行

ターミナルケア、看取り、家族へのインフォームドコンセント、紹介状

2週間に1回程度の回診

7) 介護事故防止に向けて貴施設において気を付けていること（緊急時の対応措置を含む）

- ・頭部に外傷があった場合には必ず受診。施設対応。
- ・契約時に事故リスクについて説明している。
- ・生活動線に配慮し見守りがしやすいように座席配置をしている。

8) 法人または施設で、独自に行っている介護事故を予防するための研修はあるか

- ・KYT 研修会 気づきのトレーニング

9) 法人以外その他施設で発生した介護事故を把握する手段やシステムはあるか

- ・名古屋市集団指導 年1回 名古屋介護ネットから福祉用具の事故報告資料。

10) 行政（名古屋市）に対して、介護事故の情報提供や職員等への研修等に関する要望はあるか

- ・行政主体の他施設との意見交換会

一方的な研修ではなく、施設が寄り集まってグループワークのような形を開催してもらうことで、他施設の取扱や悩み等を共有したい。

- ・事故報告基準のガイドライン

現在、施設や運営主体毎に報告すべき「事故」の概念が異なっているため、統一的な概念を示して欲しい。

- ・他施設で起きている事故の傾向、訴訟に至っている類型、及び、事故対策方法の情報を共有してもらう機会を得たい。

- ・ロボット、ICT の事故減少効果の統計をフィードバックしてもらいたい。実際に事故減少の効果があるのであれば、より費用をかけて推進してもらいたい。

- ・危険予知トレーニングについては、手段がeラーニングしかなく、有償の研修となっているが、効果が高く、全員対象となっているのであれば、無償化して負担を減らして欲しい。

- ・ケアテックス（福祉関係者を対象とした介護用品の大型商談型展示会）のような展示会を自治体主催で開催して欲しい。

3 理念等

1) 貴施設における介護サービスについての理念や考え方（入居者の自由と安全に対して等）

利用者の安心や安全を確保することを大前提としつつも必ず事故は起こるものと考えている。

事故が発生した際、個人に責任を押し付けるのではなく組織としての対応が必要であると考えている。職員が安心して働ける職場環境づくりがもっとも大切だと考えている。

2) 貴施設において介護事故防止に取り組むにあたり現在困っていることはあるか。

- ・職員不足、職員教育（立案された事故対策が正しく守られない。）
- ・窓口立つ職員の精神的負担が大きい。

3) 貴施設において介護事故防止のために今後取り組んでいきたいことはあるか。

適正人材の職員募集、研修、利用者個別の特性を理解するためのカンファレンス、情報共有

4 施設利用者からの聴き取り調査について

施設利用者からの聴き取り調査結果の内容は、以下のとおりである。

(1) 基本情報等

- 1) 施設利用者（以下、「Aさん」とする）
60代・女性 （当時）要介護4
既往歴：くも膜下出血
- 2) お話を伺った方
 - ① 利用者の夫（60代・男性）
 - ② 利用者の代理人弁護士（本件事故に関する損害賠償請求事件を担当）
- 3) 施設（以下、「本件施設」という。）
介護老人保健施設 愛知県内所在
- 4) 聴取日及び方法
 - ① 利用者の夫からの聴き取り
令和6年5月1日（電話聴き取り）
 - ② 利用者の代理人弁護士からの聴き取り
令和6年5月21日（面談）

(2) 施設事故の概要及び事故後の経過

H28.3 Aさんが本件施設に入所

H28.5 Aさんが居室にて、自力で車椅子からベッドへ移動しようとした際に転倒
（以下、「本件事故」という。）

翌日 本件施設に併設されているクリニック（本件施設と同一開設者）を受診、レントゲン撮影されるも、骨には異常なしとの診断、離床可との指示あり
（※後に、本時点で大腿骨頸部骨折であったことが判明する）

→リハビリを再開させる

Aさんは、連日痛みを訴えたが、鎮痛薬を投与されるだけで、診察はなく、リハビリも継続された。

H28.6 （上記診察から1か月後）クリニックを受診

家族の求めでレントゲンを撮影したところ、大腿骨頸部骨折が判明

翌日 市民病院を受診、入院し大腿骨頸部の人工骨頭置換術が実施される
その後、リハビリテーション病院に転院。

H28.7～10 本件施設の作成した報告書（計4通）の交付を受ける

H28.12 本件施設より本件事故の示談申入れ

突然示談書案が提示され、金額も低額であった

H29.4 弁護士に本件事故について法律相談、代理人として受任

R3.2 本件事故につき一定の和解金を支払う内容のあっせん・仲裁成立

(3) 質問事項及び回答

1) 事故の発生連絡について

ご家族は、事故発生をどのように知りましたか。

<回答1>

(夫) 当初、「車椅子から落ちた」という連絡は、施設から口頭で、その日か翌日に受けた。レントゲンを撮影した後には、打撲であったと聞いた。その後も本人は「痛い」と言っていたので、もう一度レントゲンを撮ってほしいと求めている。6月の診察後、施設から連絡があり、「すぐ来てください」と言われた。

2) 介護事故の報告について

- ① 施設から市町村に対し、介護事故の報告はなされましたか。
- ② 施設が市町村への報告を行わなかった場合、利用者様やご家族から市町村に連絡をしましたか。

<回答2>

(夫) 介護事故の報告を市町村に行うという話を聞いていないので、報告したかどうかはわからない。自分たちから尋ねたことはない。

(代理人) 本件では、受任時点で、本件施設の作成した4通の報告書が家族に交付されていた。その報告書自体は、市町村宛の報告書という形式ではないため、別途、市町村に対して報告はなされたのかもしれないが、確認していないので不明である。

3) 介護事故報告書の作成の有無について

- ① 当該事故につき、介護事故報告書は作成されましたか。
- ② 介護事故報告書が作成されていない場合、利用者様やご家族から施設に対し、報告書作成を依頼したことはありますか。

<回答3>

(夫) 本件施設から、本件事故についての報告は受けたことがあるが、これがどのように作成されたものかわからない。自分たちから事故報告書を作成するよう求めたことはない。

(代理人) 回答2のとおり、本件では、受任時点で、本件施設の作成した4通の報告書が家族に交付されていた。4通の報告書は、本件事故の原因を多角的に検証するもので一定の評価ができる内容であった。これらの報告書は、施設側が自ら作

成したものである。ただし、市町村宛の報告書ではなく、内部検討と利用者への説明のために作成された報告書のようなものである。

4) 介護事故報告書について

- ① 介護事故報告書作成にあたり、利用者様やご家族はヒアリングを受けましたか。
- ② 介護事故報告書が作成されるまでにどのくらいの期間（日数）を要しましたか。
- ③ 介護事故報告書作成後に調査結果の説明を受けましたか。
- ④ ③で説明を受けた場合、どのような方法での説明でしたか（説明会か、電話連絡かなど）。
- ⑤ 介護事故報告書の写しは交付されましたか。

<回答4>

（夫）家族は、本件施設から、事前に報告書を作成することも聞いていなかったし、ヒアリングも受けていない。報告書は、家族が自宅で交付を受けたが、その内容について説明を受けたことはない。

5) 事故後の対応等について

- ① 利用者様やご家族から見て、事故の原因はどのような点にあると考えていますか。

<回答5－1>

（夫）根本的には、本人ができると思って自分ひとりで移乗しようとして車椅子から立ち上がったことが転倒の原因だとは思う。ただ、そのときに、後ろから大きな声で注意されたため、驚いて、転んでしまった。介護の仕方については考えてももらいたい。加えて、本件事故に至る事情としては、詰所から一番遠い部屋に入所していたこと（そのため、すぐに職員さんに介助を頼みづらかった）もあると思う。また、事故後のレントゲンの画像評価や、痛がったのにリハビリをさせたことにも問題があったと思う。

- ② 利用者様やご家族から見て、事故の再発防止のためにどのような対応を希望しますか。

<回答5－2>

（夫）今行っているデイサービスは、介助が必ず2人ついてくれるが、転倒対策としては、このデイサービスが行っているように2人介助が必要だったのではないかなと思う。また、転んだところまでは本人の不注意だったかもしれないが、その後の対応がよくなかったと思うので、今後、本人の痛みの訴えに対する対応のあり方など、見直してもらいたい。

- ③ 介護事故報告書が作成されている場合、同報告書記載の事故原因や再発防止策について、利用者様やご家族から見てどのような感想を持ちましたか。

<回答 5－3>

(夫) 利用者、家族としては、「介護事故報告書」が作成、報告されて、自分たちの事故が教訓になって今後事故が減っていけば、いいことだと思う。施設も人がいなくて大変かもしれないが、次に活かしてもらいたい。

(代理人) 施設としては4通の報告書を作成し、その内容は、内部でよく検討されているものと受け止めている。しかし、これらの報告書自体は、自治体へ報告するためのものではないため、この検討内容が自治体へ報告されたかわからない。個別事件の解決や、当該施設での再発防止という観点では、本件で作成されている報告書も有用であったと考えるが、もし、自治体への報告がなされていないとすると、このような事故に対する振り返りは共有されていないことになる。入所施設における転倒事故は、事故の振り返りも含めて、自治体に報告して情報共有することによって、本例のみならず、広く今後の同種事故予防につながり有用だと思う。そのために事故報告書が活用できるとよいと思う。

④ 事故後に施設から謝罪や損害賠償金の支払いを受けましたか。

<回答 5－4>

(夫) 弁護士に依頼し、あっせん手続によって支払いを受け解決した。本件施設からは、本件事故についての説明を受ける中で、謝罪を受けたことがあったが、骨折の診断は難しかったなどとして交渉が難航し、話し合いの終了まで3年くらいかかって大変だった。

5 研究者との面談調査について

介護事故の報告に関する研究者との面談調査の内容は、以下のとおりである。

(1) 面談対象者及び面談方法

種田憲一郎氏（国立保健医療科学院・上席主任研究官）

面談日：令和6年10月7日

方法：Zoom 面談

(2) 厚生労働行政推進調査事業費補助金 長寿科学政策研究事業「在宅・介護施設等における事故報告に関連する事故の予防及び再発防止に関する研究」（令和3年度から4年度）⁵について

◇研究の背景には、介護現場で事故が多いことに対する介護サービス提供者の強い危機感があったと思われる。介護現場で訴訟につながる事故件数で多いのは転倒、次いで窒息。転倒を事故と呼ぶことに反対意見もある。介護現場の事故に関する中立的立場からの研究が必要であった。

◇本研究の目的は、介護施設における事故事例の収集、分析を行い、予防策や再発防止策を提言することである。

事故事例の分析対象は、裁判に至ったものとした。裁判例に着目した理由の1つは、介護現場が、頑張っているにもかかわらず訴訟になることに対して、現場での対応の難しさを感じ、負担感が増している点にある。最終的に事故が起きないことも大切だが、起きてしまった事故の被害を拡大させないことや、結果の重大性にかかわらず不必要な訴訟を避けられることも大事な視点と考えたため、裁判例を取り上げた。

◇介護施設・自治体の調査とヒアリングから把握できる共通した課題

1. 介護現場のスタッフは、安全について体系的に学ぶ機会がほとんどない。その結果、事故報告への抵抗感・懲罰へのおそれがあり、インシデント等の報告が少ない。
2. 報告があっても、報告された事故等を体系的に分析する仕組みがないため、効果的な再発防止につながらない。
3. 他職種と体系的に協働することを学ぶ機会がない。そのため、コミュニケーション不足による事故も少なくない。医療安全の現場でチームトレーニングの取組は始まっ

⁵ <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/163605>

ているが、介護の現場ではまだまだである。看護師と介護士との関係がうまくいっていない例があることも、聴き取りによってわかってきた（この点は医療現場で医師と看護師がうまくいかないことがあるのと類似している）。

医療と介護の連携が推進されているが、「安全」という観点でも協働することを提案している。

医療現場の医療安全に関わるノウハウを介護現場に共有し、介護現場が医療現場の取組から介護の安全を一緒に考える。一方で、介護現場から医療現場が学ぶこともある。たとえば、医療現場にも認知症や高齢患者はたくさんいてその転倒予防などの対応に苦慮しているが、介護現場では身体拘束をせず、様々な工夫をして転倒予防をしている。このように、相互に学び合うという視点で、安全のために事例を共有することは大切である。法人の中には、医療機関と介護施設を開設しているところもあり、そこでは既に学びあう取組も見られる。医療機関では、安全について学びあうことに対して、診療報酬加算がある。同じような発想で、医療機関と介護機関が学び合うことで加算をするとよい（今年度から開始されている「協力医療機関連携加算」の活用など）。

◇海外の報告制度について

介護に関わる事故の報告関連制度が存在し、資料が入手できた3か国（イングランド、オーストラリア、アメリカ・マサチューセッツ州）について検討した。

諸外国でも、介護施設の安全は医療現場に比べて遅れている印象である。WHO や OECD の会議にも参加しているが、介護現場の患者（利用者）安全の取組は医療現場の患者安全に比してまだまだこれからと感じている。

◇本研究の結論：原因の分析と考察、再発防止策

1. 安全について体系的・継続的に学ぶ機会がほとんどない。
2. 事故防止のためには、チームとして体系的に学び、同僚・利用者・家族とよりよく協働して取り組む仕組みが必要である。仕事としてこなさないといけないことを優先してしまうと、安全がおろそかになる。現場でも利用者の安全を優先する安全文化が必要である。
3. 判例等の検証に基づく有害事象の予防・再発予防策の体系的考え方（7つの視点）
 - ① 介護の安全を担保するためには、まずどのような事故が起こりやすいかを利用者ごとに評価し把握することが必要。
 - ② 次に、アセスメントをした上で、事故が起きそうな利用者の何らかの行動に早く気づくことが大事。例えば、ベッドから起きるとセンサーが鳴るなど。
 - ③ 3番目は、有害事象につながる出来事が起きても、負傷しにくい予防対策転倒による衝撃を低減する床材、転倒しても大腿骨骨折を生じにくい衣類など。

- ④ 4 番目は、残念ながら有害事象が起きたとしても、早期発見するための仕組みが必要。
- ⑤ 次に、早期発見できたけれども早期対応・治療ができていない事例があることから、早期に対応することが必要。
- ⑥ ⑤と関連して、介護施設と医療機関の速やかな連携が、事故の被害を最小限にする上で必要。
- ⑦ 最後に、最終的に回避困難であった事例を、少なくとも訴訟に発展させない仕組みが必要。

これらは事故を分析するときの視点でもあるし、対策・対応を考える上での視点でもある。

(3) 令和 6 年度・厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護保険施設等におけるリスクマネジメントの推進に資する調査研究事業」について

◇調査目的

- ・平成 24 年度老健事業で作成した「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン」をアップデートすること
- ・報告書書式の標準化とその利活用が推進され、介護現場における事故の原因分析及び再発防止の実態を把握し、適切なリスクマネジメント対策のあり方を検討すること

ほとんどの自治体が、収集した報告書の詳細な分析はできていないようである。自治体職員の多くは数年ごとに交代し、ノウハウが蓄積されにくいという課題もある。事故報告を全国的に収集していくことの必要性もいわれている。自治体を超えて収集するにはオンラインによる提出を可能とすることが必須である。

(4) 質疑及び意見交換の内容

- Q) 介護施設におけるチームトレーニングの紹介があったが、その取組に自治体を関与させる可能性や必要性について、どうお考えか。
- A) 自治体は数年ごとに人事異動があり、職員自身が体系的に学ぶことが難しいため、継続的な分析は困難ではないか。一方で、自治体だからできることとして、地域の介護施設の職員に集まってもらい、情報共有してもらおうような取組・仕組みづくりがある。お互いの事例を共有して学び、地域全体を底上げする企画をつくることは自治体の方ができると思う。起きた事故について、地域の介護施設が相互に学ぶ機会を提供することは、自治体をお願いしていることの 1 つ。自治体は、地域の多くの施設から報告書を受け付けているがうまくフィードバックができていない。地域の多数の施設

で起きている報告事例からフィードバックすることで、施設は他の施設での取組から、自施設でまだ起きていない事例からも起こりうることとして学ぶ機会となる。

Q) 厚労省は、介護安全の報告システムを国に集約することを考えているのか。

A) 国レベルで引き受けることは、今すぐにはできないと思われる。今できそうなことは、自治体に提出されたものを国が集めて分析・フィードバックすること。他方で、国が研修の機会を設けたり、介護施設の困りごとを共有する場を設けたりすることなどは難しいし、むしろ各地域で、各施設がお互いの顔が見える関係のつくれる物理的に近いところで、共有する場をつくるのがより効果的と思われる。

Q) 自治体レベルで事故を分析する「介護安全検討会」のようなものを作り、その検討結果を踏まえて自治体が施設へフィードバックするという仕組みについて、どう思われるか。

A) できるととてもよいと思うが、自治体の規模によっては、その規模レベルが小さすぎて難しいところが多いのではないかと。少なくとも全ての自治体で可能とは思えない。県レベルなら可能かと思う。ただ、児童虐待の分析は自治体レベルでもやっているの、それに倣えばできるのかもしれない。

Q) 介護現場にも医療現場にあるような安全意識を根付かせることが課題だと思うが、介護現場に安全意識を根付かせるにはどういうことが必要と考えるか。

A) 現場は人手不足で忙しいと思うが、学ぶ機会を設ける必要があると思う。外部の関連団体（公益社団法人全国老人保健施設協会など）が研修などやっていることは聞いているが、そこで学んだことを自施設に持ち帰り、自施設の職員に研修・指導することが必要である。医療機関では年2回は院内で全職員を対象に研修受講義務がある。ある程度は義務的に求めたり、報酬の加算・減算など経済的な動機付けとセットで仕組みを設けたりする必要があるかもしれない。どの施設も忙しいとは思いますが、定期的に研修をしている施設はあり、職員も学ぶことで安心して勤務できるように進めていくことが必要と思う。

Q) 介護現場にはリスクマネージャー的な方はいないのか。

A) 令和3年度の介護報酬改定で、安全対策担当者を置かなければならないとなっており、安全体制がないと介護報酬が減算になる。

Q) 諸外国では利用者や家族も事故報告できる例があるようだが、利用者からの事故報告を認めることの可否について、どうお考えか。

A) 既存の仕組みをうまく活用するとよいと思う。例えば、虐待については、窓口が自治体にある。関連して、介護施設は医療現場以上に虐待と疑われないよう配慮して取り組んでいる。皮膚に傷があったら報告するというのを施設内でやっているところもある。また介護ではないが、自治体には児童虐待の窓口もある。

Q) 事故報告に関して、介護報酬に反映させる仕組みは考えられているのか。

A) 令和3年度の介護報酬改訂から新設された安全対策体制加算の算定要件にある「組織的に安全対策を実施する体制」には、施設内で起きた事故等の報告が含まれているようだが、報告する文化と適切に報告・分析する仕組みがないと形骸化する。

Q) 介護現場で訴訟に発展しないようにするには、どのような取組が考えられるか。

A) 訴訟にならないと事実が解明されないという事態を回避すること。医療訴訟では、しばしば賠償は二次的で、一次的には事実を解明したい、謝罪してほしいというものがある。介護施設側で真摯に情報収集し事実をきちんと解明して利用者や家族に知らせること、謝罪すべきものは謝罪すること。回避できなかった事故でも、きちんと説明すること。コンフリクトへの予防と対応のためには、医療現場で始まっている医療対話推進者・メディエーターのスキルを学ぶことも有用と思われる。そして利用者・家族・遺族からのメッセージにも耳を傾けること、患者側（利用者側）弁護士の先生方からも発信して頂き、利用者側も介護サービス提供者側も両者が本来は共通の願いを持っていることを再確認することを期待したい。

第4 検証と提言

前章までに記載した聴き取り調査、各種報告、文献等を調査した結果、介護現場における事故の報告（以下、「介護事故報告」という）について、次のとおり、現状を確認し、課題を見いだした。

1 介護事故報告に関する現状と課題

- (1) 報告された介護事故について、報告内容の分析・検証等が十分に実施されていないこと

調査対象とした各自治体には、相当程度の介護事故報告がされ、収集されていた。

ところが、こうして報告された介護事故の報告内容の分析・検証に関しては、法令上の規定はなく、運用基準などもない。

実際、本調査の対象とした自治体において、個別の介護事故報告の内容について、担当者において必要がある（不足がある）と判断したときには追加報告を求めるときがあるとした自治体は複数あったものの、当該自治体内で、報告された個別の介護事故について、事故防止の観点による事故原因や再発防止策についての十分な分析や検証はほぼ実施されていなかった。死亡事故など重大な事故の報告があっても、何らの対応をとっていない自治体もあった。同種事故を繰り返す介護サービス提供者への対応についても、自治体内での十分な検証を踏まえて具体性のある取組を行っているとは回答した自治体はほぼみられなかった。

介護事故が発生したとき、介護サービス提供者は、その介護事故の経緯を正確に把握し、その原因を十分に分析したうえで、必要な再発防止を策定し実行することが、介護の安全のために実施すべき必要不可欠の取組である。ところが、介護サービス提供者の規模や人員などはさまざまであって、介護サービス提供者だけで、必要十分な事故原因の分析や再発防止策の策定ができないことも少なくない。したがって、介護事故報告を受ける自治体において、これが、十分に実施できているかどうかについて、分析・検証し、必要に応じた指導などの対応が実施されることが必要である。また、策定された再発防止策が実際に実行され、これが事故防止に結びついているかの検証も必要である。ところが、このような分析・検証などが十分には実施されていないことが、課題として明らかになった。

- (2) 収集した介護事故情報が介護事故の再発防止のために活用されていないこと

さらに、各自治体が収集した介護事故情報を再発防止のために活用することに関しても、法令上の規定はなく、運用基準もない。

まず、収集した介護事故情報について、原因別、発生場所別などに集計して公表している自治体もあったが、集計も集約もなされず、まったく情報を公表していない自治体もあった。

さらに、自治体が収集した介護事故情報を事故防止に活かすために、介護サービス提供者へこれをフィードバックすることが必要である。本調査でヒアリングを実施した介護サービス提供者はいずれも、フィードバックを希望していた。ところが、一部の自治体が、集団指導の機会を利用して前年度の事故傾向の報告や注意喚起等を行っていたにとどまり、介護安全の視点で専門的かつ体系的検討を経た情報をフィードバックしている例はみられなかった。

また、安全な介護のためには、実際に起きてしまった介護事故の情報を、実際に介護を担当する職員の学びに繋げる研修や教育が重要であるが、介護安全に関する職員教育の実施やその方法等は各介護サービス提供者に委ねられており、介護事故情報を収集保有する自治体が介護事故情報を活かしてこれに関与する例はなかった。研修・教育という観点でも、情報の活用はなされていないか、極めて不十分と考えられた。

多数の介護事故報告が収集されているものの、これが広く介護現場全体に対する事故防止のために活用されていないという課題が明らかとなった。

(3) 介護事故の報告基準、報告様式が統一されていないこと

報告対象とする介護事故に関して、本調査報告現在において、法令（省令、条例を含む）上の定義規定は設けられていない。本調査の対象となった自治体においても、報告基準や報告様式は一律ではない。

この点、厚生労働省が発出している令和6年通知には、一定の基準と報告様式が示されている。これによれば、死亡に至った事故及び医師（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については原則として全件報告とした上で、さらに、その他の事故報告については各自治体の取扱いによるものとされている。全件報告の対象とする事故については、統一され疑義はないものの、それ以外の事故については、報告対象事例をどのように定めるかに関して、自治体ごとに差異が生じ得ることとなる。そのため、実際に、本調査の結果、自治体ごとにやや異なる基準が設けられていたものである。

また、各自治体が示す報告基準に関して、これに該当するか否かの判断に介護サービス提供者が迷うことがあり、実際に、基準該当性に関して、介護サービス提供者と行政の判断が分かれたケースもあった。

報告基準や報告様式の統一化、明確化の課題が示唆された。

(4) 報告すべき介護事故が必ずしも報告されていないこと

聴き取り調査では、利用者とその家族による自治体等への情報提供や自治体の運営指導の機会を通じて、未報告の事故が把握されることが確認された。そのため、報告すべき介護事故が必ずしも報告されていない実態が窺われた。

また、介護サービス提供者によっては、安全のための報告という意義が浸透しておらず、報告を躊躇する空気があるとの指摘や、報告書の記載内容（特に再発防止対策）が分からないとの指摘もあり、介護の安全・再発防止における報告の意義や報告のあり方について、介護サービス提供者側の専門的知識ないし経験が乏しいことも、報告のハードルを高くしている可能性があると考えられた。

現状の制度では、報告すべき事故に関して確実に報告されることが、十分に担保できているとは言えない。

報告すべき介護事故を確実に報告するための取組が必要であるという課題がある。

(5) 自治体内の担当部署に介護の安全に関する専門性のある人材が乏しいこと

各自治体内で介護事故報告を所管しているのは、介護サービス提供者の運営指導なども所管する部署である。担当する職員は事務職が多く、介護福祉士などの専門職の数はごく限られており、介護安全に関する専門的な知識・経験を有する人材は配置されていない。職員は異動するため、介護の安全に関する専門的知識や経験のある人材を常時確保することはできていない。また、例えば医療安全のような関連分野を担当する職員や専門家が関与する場面もない。

介護事故報告を取り扱う部署において、介護の安全に関する専門的知識や経験のある人材が確保されず、専門家の関与も得られていないことは、大きな課題である。

(6) 介護事故報告を行う介護サービス提供者間の情報交換の場がないこと

介護サービス提供者同士は、介護の安全や介護事故報告等に関して、相互に情報交換を行う機会を有していない。日々介護に取り組む介護サービス提供者同士が、安全な介護のための工夫や留意事項、介護事故が発生した場合の再発防止策などに関して相互に情報交換を行うことは、極めて有意義と考えられる。介護サービス提供者の関係者とのヒアリングでも、介護サービス提供者間の情報交換の機会を強く望む声があった。

しかし、現在は、そのような情報交換の場が存在しない。

このような情報交換の場の設置が課題である。

2 提言

上記の課題の解決にむけて、介護の安全に資するよう、次のとおり提言する。

(1) 自治体に介護の安全を専門的に担う部署を設置すること

介護事故報告を受ける自治体に、介護安全を専門的に担う部署を設けることを提言する。より具体的には、介護事故報告を受ける自治体のうち、介護保険法及び地方自治法に基づき介護保険に関する事務を自ら処理する政令指定都市・中核市においては同自治体に専門的部署を設置すること、その他の自治体については、介護事故報告を県に集約することとして、県に同様の専門的部署を設置することを提言するものである。

同部署が、報告された介護事故の内容について、分析・検討することが必要であり、不十分な場合には、追加報告などの指導が求められる。重大事故の発生、同種事故を繰り返す場合にも、指導に結びつける取組が必須である。さらに、適切な内容・形式に整えて(2)に後述する介護安全調査機構へ介護事故情報を送ること、介護事故報告書の作成に関して介護サービス提供者の相談に応じること、介護安全調査機構より提供される情報を介護サービス提供者への確にフィードバックすること、安全に関する基本的な研修を実施することなどの業務を担う。介護事故報告をした介護サービス提供者が策定した再発防止策が実施されているのか、実施によって事故防止に結びついているのかについても確認して指導することも重要である。また、(4)に後述する介護サービス提供者間の情報交換の機会を設定し、職員自らも参加することにより、介護現場が安全のためにどのような情報を求めているかにつき、幅広く情報収集を行う。

上記役割を十分に果たすためには、安全に関する専門的な知識経験を有していることが求められる。したがって、同部署には、介護の安全に関する専門的知識や経験を有する人材（看護師、介護士など）を最低1名配置すべきである。

(2) 収集した介護事故が介護の安全に活かされるための取組の提言

自治体に報告された介護事故報告は、より安全な介護を実現するための極めて貴重で重要な情報源であり、社会資源である。

この貴重な社会資源を活用するためには、適切な制度の構築と速やかな運用開始が必要であると考え、以下の提言を行う。

1) 介護事故報告を分析・検証して再発防止提言を行う専門機関の設置

第一に、介護事故報告の情報を、安全という観点から専門的に分析・検証し、再発防止策を提言し、公表する役割を担う専門機関（仮称：介護安全調査機構）を国に設けることを提言する。

i) 仕組みと役割

介護安全調査機構は、各自治体より提出された介護事故情報から、安全な介護の実現という観点で相応しい類型／案件を選定し、事故原因を分析・検証して再

発防止策を提言する役割を担う合議組織である。同機構は、検討の結果を、再発防止提言として定期的（年1～2回程度）に公表する。検討対象とする介護事故情報は、介護事故報告を受け付ける自治体が、形式および内容を適切に整えて同機構へ提出（集約）する。医療の安全分野では、医療法上の医療事故調査制度における医療事故調査・支援センター（一般社団法人日本医療安全調査機構）が、医療機関から報告された医療事故調査報告書をもとに医療事故の再発防止に向けた提言や警鐘レポートを定期的に公表しており、その仕組みと役割が参考になると考えられる。

ii) 構成員

介護安全調査機構の構成員は、医療関係者、介護関係者、研究者、利用者、法律家などの多職種とすることが重要である。特に、医療の安全に精通する人材が介護安全調査機構の議論に参加する意義は、医療分野と介護分野は協働関係にあること、医療分野での安全に関する取組は一般に介護分野と比べて進んでいること、他方で医療分野においても介護分野の取組に学ぶ点が想定できることなどから、極めて大きい。また、安全分野や介護技術に関する研究者（研究職）が関与することも、その専門性に照らし重要である。

iii) 設置主体

専門職および事故情報の集約・整理などの膨大な事務的作業を担う人材を確保する必要性ならびに財政的裏付けの必要性を鑑みれば、全ての自治体が介護安全調査機構を設置運営することは困難であり、国による設置・運営が最も現実的である。

この点、厚生労働省は、令和3年度より介護事故報告書の書式の全国的統一化を進めており、令和6年通知では、都道府県・政令指定都市・中核市に対し、電子的な報告及び受付を想定した事故報告様式を示すに至っている。国へのオンライン報告や書式の統一化は、上述のような介護安全調査機構を設置・運営する基盤となるものであり、国がこれを整えつつ状況にあると理解される。また、国による介護安全調査機構の設置・運営は、令和5年12月19日付「令和6年度介護報酬改定に関する審議報告」において、「国における事故情報の収集・分析・活用による全国的な事故防止のPDCAサイクルを構築することを見据え、事故情報を一元的に収集し、国・都道府県・市町村がそれぞれアクセスできるデータベースの整備を検討していくべきである」と述べられている方向性とも重なるものである。

また、令和5年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業として行われた「介護保険施設等における事故報告に関する調査研究事業報告書」⁶（令

⁶ https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/2404_mhlwkrouken_report_44.pdf

和6年3月)においても、自治体が収集する介護事故情報を介護の安全のために活用すべきであるという前提に立ち、国が全国の自治体より事故情報を集計・分析し、全国的な事故の統計情報の発信、ガイドラインや教育ツールの発信などの機能を担うことで、自治体と連携して介護事故の未然防止・再発防止を支援する枠組が提案されている。これは、本報告書と軌を一にするものである。

iv) 介護事故報告の報告基準、報告様式の統一、明確化

この制度の実施のためには、介護事故報告の報告基準や電子的報告様式が統一され、明確化されることが必要である。

この点、上記「令和6年度介護報酬改定に関する審議報告」でも、次のように述べられている。

- 様式の統一化や電子的な報告に向けて、市町村に対して、事故情報の電子的な受付を実施するよう周知するほか、効率的な事故情報の収集、効果的な分析、事業所及び地方公共団体の負担軽減の観点から、以下の事項について検討していくべきである。

- ・ 電子報告様式の統一化や報告を求める事項の見直し
- ・ 事故報告の対象範囲の見直し
- ・ 事故情報の収集・分析・活用に関する国・都道府県・市町村の役割分担等の在り方
- ・ 事故情報に関するデータベースの設計

2) 介護安全調査機構の検討結果を介護サービス提供者が学ぶ機会を設けること

第二に、介護事故報告を受け付ける自治体が、介護安全調査機構の分析結果および再発防止提言で取り上げられた事項について、介護サービス提供者が学ぶ機会(研修機会)を提供することを提言する。

介護安全調査機構による再発防止策は、介護現場で実践されてはじめて安全に繋がるものであるところ、介護サービス提供者に対して再発防止策を学ぶ機会を提供することは、介護サービス提供者との距離が近い自治体において、より適切に担うことができると考えられるためである。

一部の自治体は、介護サービス提供者に対する集団指導の機会を利用して、事故に関する情報提供を行っていることから、これを研修機会として利用することが考えられる。また、後述する介護サービス提供者間の情報交換の機会も、上記研修のために利用できるものとする。どのような形であれ、介護サービス提供者が再発防止提言等の内容を確実に学び、介護現場で実践できるようにすることが重要であるため、介護サービス提供者の出席機会が確保されるよう配慮することが必要である。

なお、令和3年度に設けられた介護報酬加算として、一定の施設⁷が「事故防止を目的とした委員会・研修の実施」等の要件を充たした場合に適用できる安全対策体制加算がある。この「研修」要件においては、介護安全調査機構が公表した再発防止策に関する研修を必須とすべきである。

(3) 介護事故が確実に報告されるための取組の提言

確実な事故報告には、報告基準が明確であること、自治体が報告を広く受け付ける運用を行うこと、介護の担い手が安全について体系的に学ぶ機会を保障すること、介護事故報告制度の目的及び役割を広く周知することも重要であると考えられるため、以下の提言を行う。

1) 事故報告基準の明確化と事故受付の運用

報告基準の明確化は、(2)に述べた、報告された介護事故情報の活用という観点だけではなく、報告すべき介護事故についての確実な報告という観点からも重要である。事故報告基準が明確でなければ、介護サービス提供者が報告すべき事故であると判断できないことや、報告を躊躇することなどにより、報告漏れが生じる原因ともなり得る。したがって、報告対象となる介護事故に関する説明的記述を追加するほか、報告すべき事故と報告を要しない事故の具体例を示すなどして、報告基準をより明確化する必要がある。

なお、上記課題が克服されるか否かにかかわらず、事故報告を受け付ける各自治体の運用においては、幅広く報告を受け付けたうえで、介護安全における有用性の観点での仕分けを自治体において行うようにすべきである。自治体が、基準に該当しないとの理由で報告の受付を拒むことは、介護サービス提供者による報告の萎縮や報告漏れにつながり、貴重な情報を取りこぼすことになりかねないため、厳に避けるべきである。

2) 介護の担い手が安全について体系的に学ぶ機会を保障すること

事故報告は、同種事故の再発防止のための出発点であり、医療分野ではその意義が広く認知され、原因の究明と再発防止策の検証が行われている。他方で、介護現場では未だ事故報告を行うことに対して抵抗感・懲罰へのおそれがあり、インシデント等の報告が少ないと報告されている。またその原因として、介護関係者は安全について体系的に学ぶ機会が乏しいことが指摘されている。

⁷ 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

そこで、介護分野においても、事故報告の意義が広く認知されるよう、実際に介護を行う職員を含む全ての介護関係者が、安全について体系的に学ぶ機会を得られるようにすることが必要である。例えば、介護職員初任者研修プログラムと介護福祉士実務者研修プログラムに安全について体系的に学ぶ項目を追加（強化）することが考えられる。

3) 介護事故報告制度の目的及び役割の周知

介護事故報告制度が安全のための制度であるということ、安全な介護の検証や教育、同種事故の再発防止に役立てられることについて、利用者も含めて広く周知することは重要である。本制度の趣旨と役割が広く認知されるようになれば、報告行動を積極的に捉える環境が生まれ、報告漏れの防止にも繋がるものと考えられるためである。

周知のための一つの方法として、現在設けられている既存の窓口（高齢者虐待や医療安全の相談窓口）を活用するなどして、介護事故に関する相談受付窓口を自治体内に設けることを検討すべきである。

(4) 介護サービス提供者間の情報交換の機会を設けること

介護事故報告を受け付ける自治体において、所管内の介護サービス提供者を対象に、その安全担当者同士が情報交換を行う機会（情報交換会）を少なくとも年1回設けることを提言する。

情報交換会では、安全な介護に関する介護サービス提供者間の経験交流、情報交換のほか、介護事故報告や同報告書の作成に関する経験交流、介護サービス提供者から行政に対する相談や要望の伝達など、介護サービス提供者にとり有意義な経験交流と情報交換がなされるよう、参加機会を十分に確保することが求められる。このような機会は、介護サービス提供者が自治体担当者に質問する機会を増やすことにもつながるため、介護サービス提供者が報告すべき「事故」をより明確に理解できるようになることも期待できる。

なお、政令指定都市・中核市以外の自治体においては、近隣の自治体と協力することにより、適切な機会の提供を実現されたい。

3 有料老人ホームにおける事故報告について

上記各提言は、介護保険法に基づき介護サービス提供事業者に求められる事故報告を対象として想定しているが、その内容は、有料老人ホームにおける事故報告についても同様に妥当する。有料老人ホームにおける事故報告は、各自治体の有料老人ホーム設置運営標準指導指針によるものであるものの、報告方法や対象について運用上の差異が生じうる制度である点、事故情報の収集・分析・活用の意義、そのために事故情報を一元

的に収集することが重要であることなどは、介護事故の報告と何ら異ならないからである。

したがって、有料老人ホームにおける事故報告についても、上記の介護事故報告についての提言と同様に、報告された事故を十分に調査・分析し、再発防止のために活かす取組が必要であると考ええる。

第5 むすび

本調査研究では、愛知県の各自治体の担当者、介護サービス提供事業者、介護サービスの利用者という、介護事故の発生から報告書の受領までの一連の流れに関わる全ての立場の方々から生の声を伺うことができ、介護事故報告についての実態を確認することができた。また、研究者の方との面談を通して、介護事故報告の有益性や制度改革への課題といった理論的な観点からの教示を受けることができた。

ご多用の中、本調査研究にご協力いただいた全ての皆様に心より御礼申し上げる。

介護事故報告は、介護現場で実際に生じた事故の内容、状況、背景などがまとめられており、同種事故の再発防止や安全な介護の実現のための貴重な社会資源であり、毎年多くの報告がなされていることが確認できた。

他方、この報告が、十分に活用されているとはいいがたい実態と課題も確認できた。

「令和6年度介護報酬改定に関する審議報告」の中で、対象範囲の見直しや、事故情報の収集・分析・活用に関する国・都道府県・市町村の役割分担のあり方などが検討すべき事項として指摘されているとおりであった。

そこで、本調査研究では、上記のような介護事故報告が、今後、安全な介護を実施するための仕組みとして発展、成長していくために、いくつかの提言をまとめた。

介護の安全は、いずれ高齢をむかえることになる全ての人にかかわる重要な人権課題である。基本的人権の擁護を使命とする当会は、本調査研究を踏まえて、介護に関わるすべての人々や関係機関と手を携えて、今後の介護事故の再発防止や安全な介護のために、今後とも尽力していきたい。

以上

【資料1:介護保険法その他の根拠法令】

＜介護保険法＞

第 87 条 指定介護老人福祉施設の開設者は、次条第 2 項に規定する指定介護老人福祉施設の設備及び運営に関する基準に従い、要介護者の心身の状況等に応じて適切な指定介護福祉施設サービスを提供するとともに、自らその提供する指定介護福祉施設サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより常に指定介護福祉施設サービスを受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めなければならない。

2 指定介護老人福祉施設の開設者は、指定介護福祉施設サービスを受けようとする被保険者から提示された被保険者証に、認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、当該被保険者に当該指定介護福祉施設サービスを提供するように努めなければならない。

第 88 条 指定介護老人福祉施設は、都道府県の条例で定める員数の介護支援専門員その他の指定介護福祉施設サービスに従事する従業者を有しなければならない。

2 前項に規定するもののほか、指定介護老人福祉施設の設備及び運営に関する基準は、都道府県の条例で定める。

3 都道府県が前 2 項の条例を定めるに当たっては、次に掲げる事項については厚生労働省令で定める基準に従い定めるものとし、その他の事項については厚生労働省令で定める基準を参酌するものとする。

- 一 指定介護福祉施設サービスに従事する従業者及びその員数
- 二 指定介護老人福祉施設に係る居室の床面積
- 三 指定介護老人福祉施設の運営に関する事項であって、入所する要介護者のサービスの適切な利用、適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持に密接に関連するものとして厚生労働省令で定めるもの

第 203 条の 2 この法律中都道府県が処理することとされている事務で政令で定めるものは、指定都市及び中核市においては、政令の定めるところにより、指定都市又は中核市（以下「指定都市等」という。）が処理するものとする。この場合においては、この法律中都道府県に関する規定は、指定都市等に関する規定として、指定都市等に適用があるものとする。

＜指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準＞

第 1 条 指定介護老人福祉施設に係る介護保険法(平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。)第 88 条第 3 項の厚生労働省令で定める基準は、次の各号に掲げる基準に応じ、それぞれ当該各号に定める基準とする。

- 一 法第 88 条第 1 項の規定により、同条第 3 項第一号に掲げる事項について都道府県(地方自治法(昭和 22 年法律第 67 号)第 252 条の 19 第 1 項の指定都市(以下「指定都

市」という。)及び同法第 252 条の 22 第 1 項の中核市(以下「中核市」という。)にあっては、指定都市又は中核市。以下この条において同じ。)が条例を定めるに当たって従うべき基準

第 2 条、第 13 条第 7 項、第 21 条(第 49 条において準用する場合を含む。)、第 43 条第 8 項並びに第 47 条第 2 項及び第 3 項の規定による基準

二 法第 88 条第 2 項の規定により、同条第 3 項第二号に掲げる事項について都道府県が条例を定めるに当たって従うべき基準

第 3 条第 1 項第一号ロ、第 40 条第 1 項第一号イ(3)及び附則第 4 条第 1 項(第 3 条第 1 項第一号ロに係る部分に限る。)の規定による基準

三 法第 88 条第 2 項の規定により、同条第 3 項第三号に掲げる事項について都道府県が条例を定めるに当たって従うべき基準

第 4 条第 1 項(第 49 条において準用する場合を含む。)、第 4 条の 2(第 49 条において準用する場合を含む。)、第 11 条第 4 項から第 6 項まで、第 13 条第 8 項、第 19 条(第 49 条において準用する場合を含む。)、第 24 条の 2(第 49 条において準用する場合を含む。)、第 27 条第 2 項(第 49 条において準用する場合を含む。)、第 30 条(第 49 条において準用する場合を含む。)、第 35 条(第 49 条において準用する場合を含む。)、第 35 条の 2(第 49 条において準用する場合を含む。)、第 42 条第 6 項から第 8 項まで及び第 43 条第 9 項の規定による基準

四 法第 88 条第 1 項又は第 2 項の規定により、同条第 3 項各号に掲げる事項以外の事項について都道府県が条例を定めるに当たって参酌すべき基準

この省令で定める基準のうち、前三号に定める基準以外のもの
(省略)

第 35 条 指定介護老人福祉施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。

- 一 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
- 二 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策に従業者に周知徹底する体制を整備すること。
- 三 事故発生の防止のための委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。
- 四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

2 指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

3 指定介護老人福祉施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

- 4 指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

<名古屋市指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例>

第1条 この条例は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第86条第1項並びに法第88条第1項及び第2項の規定に基づき、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定めるものとする。

第2条 前条の基準等は、この条例に定めるもののほか、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号。以下「省令」という。）の定めるところによる。この場合において、省令第37条第2項（省令第49条において準用する場合を含む。）中「2年間」とあるのは、「2年間（第2号に掲げる記録にあっては、5年間）」と読み替えるものとする。

（以下省略）

<老人福祉法>

第29条 有料老人ホーム（老人を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供又はその他の日常生活上必要な便宜であって厚生労働省令で定めるもの（以下「介護等」という。）の供与（他に委託して供与をする場合及び将来において供与をすることを約する場合を含む。第13項を除き、以下この条において同じ。）をする事業を行う施設であって、老人福祉施設、認知症対応型老人共同生活援助事業を行う住居その他厚生労働省令で定める施設でないものをいう。以下同じ。）を設置しようとする者は、あらかじめ、その施設を設置しようとする地の都道府県知事に、次の各号に掲げる事項を届け出なければならない。

（中略）

- 6 有料老人ホームの設置者は、当該有料老人ホームの事業について、厚生労働省令で定めるところにより、帳簿を作成し、これを保存しなければならない。

（中略）

- 13 都道府県知事は、この法律の目的を達成するため、有料老人ホームの設置者若しくは管理者若しくは設置者から介護等の供与（将来において供与をすることを含む。）を委託された者（以下「介護等受託者」という。）に対して、その運営の状況に関する事項 その他必要と認める事項の報告を求め、又は当該職員に、関係者に対して質問させ、若しくは当該有料老人ホーム若しくは当該介護等受託者の事務所若しくは事業所に立ち入り、設備、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

（以下省略）

第34条 この法律中都道府県が処理することとされている事務で政令で定めるものは、地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市（以下「指定都

市」という。)及び同法第 252 条の 22 第 1 項の中核市（以下「中核市」という。）においては、政令の定めるところにより、指定都市又は中核市（以下「指定都市等」という。）が処理するものとする。この場合においては、この法律中都道府県に関する規定は、指定都市等に関する規定として、指定都市等に適用があるものとする。

<老人福祉法施行規則>

第 20 条の 6 有料老人ホームの設置者は、法第 29 条第 6 項の規定により、次に掲げる事項を記載した帳簿を作成しなければならない。

(中略)

五 日常生活上の便宜の供与により入居者に事故が発生した場合は、その状況及び事故に際して採った処置の内容

<有料老人ホームの設置運営標準指導指針>

12 契約内容等

(中略)

(8) 事故発生の防止の対応

有料老人ホームにおける事故の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じること。

- 一 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
- 二 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策について、職員に周知徹底を図る体制を整備すること。
- 三 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び職員に対する研修を定期的に行うこと。
- 四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

(9) 事故発生時の対応

有料老人ホームにおいて事故が発生した場合にあっては、次の措置を講じること。

- 一 入居者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに都道府県、指定都市又は中核市及び入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じること。
- 二 前号の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。
- 三 設置者の責めに帰すべき事由により、入居者に賠償すべき事故が発生した場合は、入居者に対しての損害賠償を速やかに行うものとする。

【資料2:介護サービス・施設ごとの介護事故報告に関する介護保険法の規定及び運営基準に関する省令の対応関係】

- ① 指定居宅サービス（介護保険法 74 条）
→指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）
- ② 指定地域密着型サービス（介護保険法 78 条の 4）
→指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）
- ③ 指定居宅介護支援事業（介護保険法 81 条）
→指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 38 号）
- ④ 介護老人保健施設（介護保険法 97 条）
→介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 40 号）
- ⑤ 介護医療院（介護保険法 111 条）
→介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 30 年厚生労働省令第 5 号）
- ⑥ 指定介護予防サービス（介護保険法 115 条の 4）
→指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 35 号）
- ⑦ 指定地域密着型介護予防サービス（介護保険法 115 条の 14）
→指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 36 号）
- ⑧ 指定介護予防支援事業（介護保険法 115 条の 24）
→指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 37 号）

【資料3:介護事故の報告基準】

(1) 名古屋市

「介護サービスの提供による事故等発生時の本市への報告について」⁸より抜粋

2 本市への連絡が必要な事故等

以下の事故については、原因の如何にかかわらず、全て本市に連絡する。また、感染症など、複数の事業所等で発生した場合は、それぞれの事業所等ごとに報告する。

区分	内容
対人(利用者)事故	介護サービスの提供に伴い発生した事故により、利用者が死亡した場合(※)、医療機関における治療を必要とした場合(軽微な治療(湿布の貼付、軽易な切り傷への消毒実施など)は除く)、利用者トラブルが発生した場合、利用者等に賠償金等を支払った場合又はエスケープ
対物事故	介護サービスの提供に伴い発生した事故により、利用者等の保有する財物を毀損若しくは滅失したため賠償金等を支払った場合(代わりの物を購入した場合も含む)、利用者等の個人情報が流失した場合又は利用者等とトラブルが発生した場合
感染症の発生	介護サービスの利用者が食中毒又は結核等の感染症に罹患した場合、又は、疥癬、インフルエンザ、ノロウイルス、新型コロナウイルス等の感染症が事業所等内で発生し、利用者等が罹患した場合。具体的には、①事業所等全体で療養中の方が同時に10名以上罹患した場合、②1ユニットのうち半数以上が罹患した場合、③感染症による死亡者が発生した場合、④その他事業所等の運営に重大な支障を来すおそれがあり、管理者が報告を必要と認めた場合。

※ 介護サービスの提供に伴い発生した事故によらない病死の場合は「感染症の発生」を除いて報告不要

⁸ https://www.kaigo-wel.city.nagoya.jp/_files/00110846/R50508_jikohoukoku.pdf

(2) 豊田市

「介護保険サービス事業者における事故発生時の報告の取扱い」⁹より抜粋

2 報告を要する事故等

事業者は、次の①～④の場合、市町村へ報告をする。

報告事項区分		報告内容説明
①	サービスの提供による利用者のケガ又は死亡事故の発生	・ケガの程度は外部の医療機関で治療（施設内の同程度の治療を含む）を受けた場合とする。事業者側の過失の有無を問わない。 ※擦過傷や打撲など比較的軽易なケガは除く。 ・上記以外、ケガにより利用者とトラブルが発生することが予測される場合や利用者に見舞金や賠償金を支払った場合とする。 ・「サービスの提供による」とは、送迎・通院中も含むものとする。 ・利用者が病気等により死亡した場合であっても後日トラブルが生じる可能性が認められるものは報告をするものとする。
②	食中毒及び感染症の発生	・MRSA、疥癬、インフルエンザ、結核等、重篤となりうる感染症が発生した場合とする（1名でも）。 ・関連する法に定める届け出義務がある場合はこれに従うものとする。（別記「社会福祉施設等における感染症等発生時にかかる報告について」参照）
③	職員（従業者）の法令違反・不祥事件等の発生	・利用者の処遇に影響があるものとする。（例：利用者からの預かり金の横領等）
④	その他、報告が必要と認められる事故の発生	・例：利用者等の保有する財産を滅失させた。等

⁹https://www.city.toyota.aichi.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/003/195/kijun.pdf

(3) 岡崎市

「介護サービス事業者等における事故発生時の報告の取扱い」¹⁰より抜粋

3 報告を要する事故

次に掲げる事故については、事故原因の如何にかかわらず、全て岡崎市に事故報告書を提出する。

報告事項区分	報告内容説明
(1) サービス提供による利用者のケガ	・「サービスの提供による」とは、送迎・通院・見守り中も含むものとする。 ・ケガの程度は骨折等で外部の医療機関で治療（施設内の同程度の治療を含む。）を受けた場合とする。事業者側の過失の有無を問わない。※比較的軽易なケガは除く。 ・上記以外、ケガにより利用者とトラブルが発生することが予測される場合や利用者に見舞金や賠償金を支払った場合とする。
(2) 利用者の死亡事故の発生	・利用者が病気等により死亡した場合であっても後日トラブルが生じる可能性が認められるものは報告するものとする。
(3) 食中毒及び感染症の発生	・食中毒、MRSA、疥癬、結核、インフルエンザ、新型コロナウイルス、その他の感染症が発生した場合とする。 ※10名以上又は全利用者の半数以上の感染が発生した場合
(4) 職員（従業者）の不祥事等の発生	・利用者の処遇に影響があるものとする。 （例：利用者からの預かり金の横領、虐待等）
(5) その他、報告が必要と認められる事故の発生	・(1)～(4)に該当しないケース （例1：利用者等の保有する財産を滅失させた等） （例2：サービス利用中に体調が著しく不良となり救急搬送をした等） （例3：サービス提供による利用者の異食・誤嚥） （例4：利用者の敷地外への離脱、行方不明、徘徊等）

¹⁰ https://www.city.okazaki.lg.jp/1500/1511/21137_d/fil/070121-2.pdf

(4) 一宮市

「介護保険サービス事業者における事故等発生時の報告取扱い要領」¹¹より抜粋

2 報告を要する事故等

介護保険サービス事業者（以下、事業者とする。）は、以下の事故等が起きた場合に一宮市及び保険者に報告すること。

(1) サービスの提供による利用者のケガ又は死亡事故

- ・ケガの程度は外部の医療機関で治療（施設内の同程度の治療を含む。）を受けた場合とする。なお、擦過傷や打撲等、比較的軽易なケガは除くものとし、事業者側の過失の有無は問わないものとする。
- ・上記以外に、報告不要のケガであっても、ケガにより利用者とトラブルが発生することが予測される場合や利用者に見舞金や賠償金を支払った場合も報告するものとする。
- ・「サービスの提供」とは、送迎・通院中も含むものとする。
- ・利用者が病気等により死亡した場合であっても、後日トラブルが生じる可能性が認められるものは報告するものとする。

(2) 食中毒及び感染症

- ・MRSA、疥癬、インフルエンザ、結核、ノロウイルス、その他の感染症が発生した場合のうち、(ア) から (ウ) のいずれかに該当する場合とする。
 - (ア) 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間内に2名以上発生した場合
 - (イ) 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
 - (ウ) (ア) 及び (イ) に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に事業者が報告を必要と認めた場合
- ・関連する法に定める届出義務がある場合は、これに従うものとする。
- ・新型コロナウイルス感染症への陽性判明にかかる報告については、「介護保険サービス事業者における新型コロナウイルス感染症陽性者判明時の報告取扱い要領」により報告するものとする。

(3) 職員の法令違反・不祥事

- ・利用者の処遇に影響があるものとする。
〈具体例〉利用者からの預かり金の横領、個人情報の紛失・流出等

(4) その他、報告が必要と認められるもの

- ・(1) から (3) 以外の事故等で利用者の処遇に影響があるものとする。
〈具体例〉利用者の保有する財産の滅失、誤薬、利用者の離脱、交通事故等

¹¹https://www.city.ichinomiya.aichi.jp/_res/projects/default_project/_page/_001/001/131/ziko_houkokuyouryouR701.pdf

(5) 東三河広域連合

「介護保険サービス事業者等における事故発生時の報告の取扱い」¹²より抜粋

4. 報告を要する事故等

事業者は、次の①～⑥の場合、事故報告書を東三河広域連合介護保険課に提出する。

	報告事項区分	報告内容説明
①	サービス提供による利用者の骨折	・「サービスの提供による」とは、送迎・通院中も含むものとする。 ・医療機関で「骨折」と診断されたものとする。
②	サービス提供による利用者のケガ	・「サービスの提供による」とは、送迎・通院中も含むものとする。 ・ケガの程度は骨折以外で外部の医療機関で治療（施設内の同程度の治療を含む）を受けた場合とする。事業者側の過失の有無を問わない。 ・上記以外、ケガにより利用者とトラブルが発生することが予測される場合や利用者に見舞金や賠償金を支払った場合とする。
③	サービスの提供による利用者の死亡事故の発生	・「サービスの提供による」とは、送迎・通院中も含むものとする。 ・利用者が病気等により死亡した場合であっても後日トラブルが生じる可能性が認められるものは報告するものとする。
④	食中毒及び感染症の発生	・食中毒、MRSA、疥癬、インフルエンザ、結核、新型コロナウイルス感染症、その他の感染症が発生した場合とする。
⑤	職員（従業者）の不祥事等の発生	・利用者の処遇に影響があるものとする。 （例：利用者からの預かり金の横領、利用者等の保有する財産を滅失させた等）
⑥	その他、報告が必要と認められる事故の発生	・例：サービス利用中に体調が著しく不良となり受診をした等 ・例：サービス提供による利用者の異食・誤嚥 ・例：サービス利用中に事業所・施設から出てしまった等（離脱） ・①～⑤に該当しないケース ※利用者とトラブルが発生することが予測される場合や利用者に見舞金や賠償金を支払った場合とする。

¹² <https://www.east-mikawa.jp/secure/2369/6156c2898f170.%E4%BA%8B%E6%95%85%E5%A0%B1%E5%91%8A%E3%81%AE%E5%8F%96%E6%89%B1%E3%81%84%E3%81%AB%E3%81%A4%E3%81%84%E3%81%A6.pdf>

(6) 愛知県

平成 14 年 3 月 18 日付愛知県健康福祉部長通知「介護保険サービス事業者における事故報告等発生時の報告の取扱いについて（通知）」（13 高福第 500 号）¹³より抜粋

2 報告を要する事故等

事業者は、次の①～④の場合、市町村へ報告をする。

報 告 事 項 区 分		報 告 内 容 説 明
①	サービスの提供による利用者のケガ又は死亡事故の発生	・ケガの程度は外部の医療機関で治療（施設内の同程度の治療を含む。）を受けた場合とする。事業者側の過失の有無を問わない。 ※擦過傷や打撲など比較的軽易なケガは除く。 ・上記以外、ケガにより利用者とトラブルが発生することが予測される場合や利用者に見舞金や賠償金を支払った場合とする。 ・「サービスの提供による」とは、送迎・通院中も含むものとする。 ・利用者が病気等により死亡した場合であっても後日トラブルが生じる可能性が認められるものは報告するものとする。
②	食中毒及び感染症の発生	・MRSA、疥癬、インフルエンザ、結核、その他の感染症が発生した場合とする。 ・関連する法に定める届け出義務がある場合はこれに従うものとする。
③	職員（従業者）の法令違反・不祥事件等の発生	・利用者の処遇に影響があるものとする。（例、利用者からの預り金の横領等）
④	その他、報告が必要と認められる事故の発生	・例、利用者等の保有する財産を滅失させた。等

¹³ https://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/lecture/H31/49_jiko.pdf

研究者名簿

研究代表者（愛知県弁護士会人権擁護委員会医療部会長）

大辻 美玲

研究員（愛知県弁護士会人権擁護委員会医療部会員）

増田 聖子 横山 貴之 景山 智也 久保 晴男

篠田連太郎 大楠 善和 鈴木 真美 柄沢 好宣

小山 洋史 可知 正考