ケアデスク

介護施設の、裏側を読む。 | CARE DESK

月次分析パック

サンプルレポート（2026年10月分）

事故・ヒヤリハット 月次分析パック

対象施設	介護付き有料老人ホーム さくら苑（仮称）／定員80名
対象期間	2026年10月1日〜10月31日（比較：2026年9月／傾向分析：2026年8〜10月の3か月・全123件）
提出先	施設長・看護介護主任
作成	ケアデスク 月次分析パック担当

※本レポートは架空施設のダミーデータで作成したサンプルです。施設名・入居者・記録はすべて架空のもので、実在の個人情報は含まれていません。

本パックは、記録の集計・傾向の可視化と、事故発生防止委員会・自治体報告の下書き支援を目的とした資料です。ケア方針・医療的判断・報告要否の最終決定は施設側で行ってください。集計の分類軸と項目名は厚生労働省の事故報告書標準様式に準拠しています。

事故・ヒヤリハット 月次分析パック（2026年10月分）

対象施設：介護付き有料老人ホーム さくら苑（仮称）／定員80名　｜　対象期間：2026年10月1日〜10月31日

① 今月のサマリ（KPI）

指標	10月	9月	前月比・備考
事故・ヒヤリハット総件数	**44件**	41件	+3件（+7.3%）
うち転倒	24件	22件	+2件
うち自治体報告対象候補（治療を要した事故）	**1件**	0件	10/29 A07様・頭部裂傷（縫合）→⑥参照
報告が集中した入居者（リスク上昇中）	A07様（7件）	A07様（4件）	8月3件→9月4件→10月7件と漸増

今月の要点は3つです。

1. **深夜の転倒がすべて1名に集中し、重い事故につながりました。** 10月の深夜帯（0〜5時）の転倒7件は全件がA07様で、10月29日には頭部裂傷・縫合処置（治療を要した事故）が発生しています。8月3件→9月4件→10月7件と増え続けており、最優先の対応事項です（詳細は③-1）。
2. **夕方・食堂での転倒が構造的に続いています。** 10月は7件、3か月累計で18件。夕食前後の移動が重なる時間帯と場所が重なっています（詳細は③-2）。
3. **誤薬・与薬もれ等は木曜日に偏っています。** 3か月の9件のうち7件が木曜日です。曜日による偏りは、個人の注意ではなく配薬セットの手順・担当体制に原因がある可能性を示します（詳細は③-3）。

② 分類別集計（2026年10月・44件）

※ 分類軸・区分名は厚生労働省「介護保険施設等における事故の報告様式」（標準様式）の事故の種別・発生場所の区分に準拠しています。

事故の種別（標準様式の区分）

種別	10月	割合	9月
転倒	24件	55%	22件
誤嚥・窒息（むせ含む）	6件	14%	5件
誤薬・与薬もれ等（未遂・落薬含む）	4件	9%	3件
所在不明（離設未遂含む）	2件	5%	2件

転落	1件	2%	2件
その他（スキンテア・打撲・入居者間トラブル等）	7件	16%	7件

発生場所（標準様式の区分に集約）

発生場所	件数	備考
食堂	15件	うち転倒7件が17〜19時台
居室	10件	うちA07様居室3件
廊下	9件	居室前廊下4件を含む
浴室・脱衣室	6件	浴室前3件を含む
玄関	2件	全件が所在不明（離設未遂）
その他（談話室等）	2件	

時間帯

時間帯	件数	備考
夕方（17〜21時）	14件	食堂での転倒7件を含む
午後（12〜17時）	12件	離設未遂は全件15時台
深夜（0〜5時）	7件	全件A07様の転倒
午前（7〜12時）	7件	
早朝（5〜7時）	4件	

集計設計について：記録ソフト各社（CAREKARTE、ほのぼのNEXT等）のヒヤリ・事故集計が共通して持つ「種別×場所×時間帯」のクロス集計を基本とし、次月以降は利用者マスタとの突合により「要介護度別」の軸を追加予定です（今月分は元データに要介護度が含まれないため未掲載）。

③ 傾向の指摘（全件に根拠記録へのリンク付き）

指摘1（最優先）：A07様の深夜トイレ転倒が増え続け、10/29に治療を要する事故が発生

- 8月3件 → 9月4件 → **10月7件**（10/2、10/9、10/14、10/19、10/23、10/27、10/29）。全件が2〜3時台、「トイレに行こうとした」という本人の発言と、ポータブルトイレ未使用の記録が繰り返し一致しています。
- 対応として「センサーマットの感度再設定」「見守り頻度の増加」が複数回記録されていますが、件数は減っていません。**同じ対策の継続ではなく、対策の格上げを検討する段階**と判断します。

- 検討材料の例：夜間の定時トイレ誘導（2時前の声かけ）、ポータブルトイレの配置・形状の再評価、夜勤帯の巡回動線の見直し、主治医への相談（起立性低血圧・睡眠薬の影響確認）。

> 根拠記録：2026-10-02 02:35／10-09 03:10／10-14 02:50／10-19 03:25／10-23 02:20／10-27 02:45／10-29 02:30（いずれもA07様・転倒）

指摘2：夕方17〜19時・食堂の転倒は「時間と場所が決まっている」事故

- 10月の食堂での転倒7件は全件が夕方（17〜18時台）で、内容は「夕食後の帰室途中のふらつき」「夕食前の移動時の接触」「立ち上がり直後のめまい」に集約されます。3か月では18件と、転倒全体の約3割を占めます。
- 特定の入居者ではなく複数の方（A02様・A05様・A09様ほか）に発生しており、個人要因より**環境・体制要因**（夕食前後の移動の集中、見守り職員の配置が手薄になる時間帯）の可能性が高い事象です。

> 根拠記録：2026-10-03 17:20／10-07 18:35／10-11 17:05／10-16 18:50／10-20 17:35／10-24 18:20／10-28 17:50（いずれも食堂・転倒）

指摘3：誤薬・与薬もれ等の7割超が木曜日――配薬セットの「曜日ごとの手順差」を疑う

- 3か月の9件のうち**7件が木曜日**（8/6、8/20、9/3、9/17、10/1、10/15、10/22）。いずれも服薬前の発見で実害には至っていませんが、内容は「前日分の残薬混入」「薬包シールと錠数の不一致」「他入居者の薬包との取り違え」と、**セット工程のミス**が中心です。
- 木曜日にセット担当が交代する運用であれば、引き継ぎ時のダブルチェック追加など、曜日を特定した対策が可能です。まず木曜日のセット手順と担当体制の確認をお願いします。

> 根拠記録：上記の各日付（種別：誤薬）。なお木曜以外の誤薬は9/14、10/12の2件のみです。

指摘4：A12様の「昼食・主菜でのむせ」が月ごとに増加

- A12様のむせは8月2件 → 9月3件 → **10月4件**（10/5、10/13、10/21、10/26）。全件が昼食時で、記録には毎回「水分にはとろみを付けているが、主菜は普通形態」とあります。
- 言語聴覚士への再評価依頼は記録上複数回出ていますが、主菜の形態変更には至っていない状態が続いています。誤嚥性肺炎のリスクを考えると、評価結果の確認と形態変更の判断を今月中に確定することを提案します。

> 根拠記録：2026-10-05 12:25／10-13 12:40／10-21 12:15／10-26 12:25（いずれもA12様・誤嚥）

指摘5：A03様の離設未遂は「15時台・玄関」に固定

- 3か月で4件（8/24、9/18、10/8、10/22）、全件が15時台・玄関、「家に帰らなきゃ」という発言、レクリエーション終了後のタイミングまで一致しています。発生条件が特定できているため、15時前後の玄関付近の見守りと、レク終了後の過ごし方の工夫で防げる可能性が高い事象です。

根拠記録：2026-08-24 15:30／09-18 15:30／10-08 15:30／10-22 15:10（いずれもA03様・所在不明未遂）

④ ハイリスク入居者リスト（リスク順位・上昇傾向つき）

※ リスクの順位付けは件数だけでなく「増加傾向（emerging risk）」を加味して並べています。いずれも記録上の件数と反復パターンに基づく「確認候補」の提示であり、ケアプランへの反映可否は施設側でご判断ください。

順位	入居者	傾向	状況	リスクの根拠
1（最優先）	A07様	**上昇**	転倒 3か月で14件（8月3件→9月4件→10月7件）	深夜トイレ転倒が漸増し、10/29に縫合を要する事故。現行対策で減少していない
2	A12様	**上昇**	誤嚥・窒息（むせ）3か月で9件（2件→3件→4件）	昼食・主菜に限定して反復。食事形態の評価結論が未確定のまま増加
3	A21様	横ばい（高水準）	転倒8件・転落1件（3か月）	時間帯は分散しているが件数自体が多く、10月も3件発生。歩行状態の再評価を推奨
4	A03様	横ばい	所在不明（離設未遂）3か月で4件	15時台・玄関に固定。条件は特定済みで対策の効果測定がしやすい

⑤ 事故発生防止委員会 議事録ドラフト（2026年11月開催分）

本節は委員会の議事録としてそのまま使える形式の下書きです。開催日時・出席者は開催後に施設側で記入してください。前回決定事項の効果検証から始める構成は、厚生労働省「介護保険施設等における事故予防及び事故発生時の対応に関するガイドライン」が委員会の役割として示す「事例収集・発生傾向の分析／原因分析／再発防止策の検討・決定／周知／対策の効果検証」の流れに沿ったものです。

会議名	事故発生防止委員会（2026年11月定例）
開催日時	2026年11月　日（　）　：　～　：　（※開催後に記入）
開催場所	さくら苑 会議室
出席者	施設長（委員長）、看護介護主任、看護師、介護職員代表、生活相談員、栄養士ほか（※当日に確定）
記録者	（※当日に記入）
配布資料	月次分析パック（2026年10月分）本資料

議事1：10月分 事故・ヒヤリハット発生状況の報告

- 総件数44件（9月41件）。種別では転倒24件が最多。治療を要した事故1件（10/29 A07様）は自治体報告対象候補として議事5で扱う。
- 委員会としての確認事項：件数の増減だけでなく、発生傾向（時間帯・場所・特定入居者への集中）を分析対象とする。

議事2：A07様の深夜転倒への対策格上げについて

- 経過報告：8月3件→9月4件→10月7件。10/29 頭部裂傷・縫合（自治体報告対象として手続き中）。
- 原因の検討（本人要因／職員要因／環境要因）：本人要因＝コールなしで自力移動する傾向、深夜のふらつき。職員要因＝見守り頻度を上げたが巡回タイミングと本人の行動が合っていない可能性。環境要因＝ポータブルトイレの配置・使いにくさ。
- 検討事項：①2時前の定時トイレ誘導の試行可否 ②ポータブルトイレの再評価 ③夜勤帯の巡回体制 ④主治医相談（薬剤・血圧）の要否
- 決定事項（案）：試行する対策と効果測定の期間を本委員会で決定する（例：11月中は誘導を試行し、件数を週次で確認）。

議事3：夕方・食堂の見守り体制

- 経過報告：転倒が17〜19時・食堂に集中（3か月18件）。複数入居者に発生しており環境・体制要因の可能性。
- 検討事項：夕食前後の食堂〜居室間の職員配置、帰室の時間差をつける運用の可否。

議事4：木曜日の配薬セット手順／A12様の食事形態（併せて検討）

- 配薬：誤薬・与薬もれ等9件中7件が木曜日。全件服薬前に発見。木曜日のセット担当・引き継ぎ手順の確認と、ダブルチェックの曜日限定追加を検討。
- 食事形態：A12様の昼食時のむせが増加（10月4件）。言語聴覚士の再評価結果の確認と、主菜の形態変更の判断を行う。

議事5：自治体報告の進捗確認

- 10/29 A07様の事故について、報告様式への転記ドラフトを本パック⑥に添付。第1報は発生後5日以内を目安とするため、提出状況と期限を本委員会で確認する。

決定事項・周知・次回確認（記入欄）

決定事項	担当	期限	周知方法	効果の確認
（委員会で決定後に記入）			朝礼・申し送り・掲示 等	次回委員会（12月）で件数の変化を検証

来月への申し送り：上記対策の実施状況と件数の変化を、次回パック（11月分）および次回委員会で検証します。

⑥ 自治体報告が必要な事故の候補リストと転記ドラフト

報告対象の考え方（標準様式の運用基準）

「死亡に至った事故」および「医師の診断を受け、投薬・処置等何らかの治療が必要となった事故」は、原則として全件報告。第1報は様式の項目1〜6（事業所の概要〜事故発生後の状況）を中心に、発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出します。上記以外の事故の報告範囲は自治体により異なります。最終判断は、貴施設が所在する自治体の基準に基づき施設側でご確認ください。

候補リスト（10月分）

日時	入居者	内容	判定
10/29 02:30	A07様	深夜転倒、前額部裂傷・縫合4針（救急搬送）	**報告対象候補**（治療を要した事故）
10/14 02:50 ほか	A07様	転倒（打撲・擦過傷、治療なし）	対象外（施設内対応で完結）
10/5〜10/26	A12様	むせ（いずれも回復、受診なし）	対象外
10/1・15・22	複数名	誤薬未遂（服薬前に発見）	対象外（実害なし）

転記ドラフト例（厚生労働省 事故報告書標準様式の項目立てに沿った転記案）

様式項目1〜3（提出先・事業所の概要・対象者）は施設側の登録情報・実名等で記入してください。以下は項目4〜9の転記案です。

様式項目	転記内容（ドラフト）
4 事故の概要（発生日時）	2026年10月29日 2時30分頃
〃（発生場所）	居室（ベッド脇）
〃（事故の種別）	転倒
〃（対象者の身体状況）	要介護度・認知症高齢者日常生活自立度は提出時に施設側で記入
〃（発生時状況、事故内容の詳細）	深夜、センサー反応により訪室した夜勤職員が、ベッド脇で倒れているところを発見。本人は「トイレに行こうとして足がもつれた」と話し、意識は清明。前額部に約3cmの裂傷と出血を認めた。
〃（診断内容）	前額部裂傷（搬送先病院にて縫合処置4針）
5 事故発生時の対応（発生時の対応）	止血・冷却のうえ当直看護師へ連絡し、状態を確認した。
〃（受診方法）	救急搬送
〃（受診先）	搬送先病院（医療機関名・連絡先は提出時に記入）

6 事故発生後の状況（利用者の状況）	縫合処置を受け同日帰設。その後はバイタル安定し経過観察中。
〃（家族等への報告）	同日中に家族へ経過を説明した（報告した家族等の続柄・報告年月日は提出時に記入）。
〃（連絡した関係機関）	なし（本報告が初回連絡）
7 事故の原因分析	本人要因：深夜にコールなく自力でトイレへ移動しようとする傾向があり、同様の転倒が8月以降繰り返し発生している（8月3件・9月4件・10月は本件含め7件）。／職員要因：見守り頻度の増加やセンサーマットの感度再設定を行ってきたが、本人の行動タイミングと巡回が合わず発見が事後になった。／環境要因：ベッド脇のポータブルトイレが未使用のまま推移しており、配置・形状が本人に合っていない可能性がある。
8 再発防止策	事故発生防止委員会にて検討中。夜間の定時トイレ誘導の試行、ポータブルトイレの再評価、夜勤帯の巡回体制の見直しを議題としており、決定事項とその評価時期・結果を確定次第追記する。
9 その他特記すべき事項	同種の転倒が反復している経過は本欄および項目7に記載のとおり。

以上が2026年10月分の月次分析パック（サンプル）です。次回（11月分）では、本パックで提案した対策の実施状況と件数の変化をあわせてご報告します。

（本資料はサンプルレポートです。施設名・入居者ID・記録内容はすべて架空のものです。）

発行：ケアデスク（介護施設の、裏側を読む。）