

令和6年度介護保険事業者連絡協議会総会

(2)介護サービス事業所における 事故等発生時に係る対応について〔報告〕

那須塩原市保健福祉部高齢福祉課介護管理係
令和7年3月

目次

- 1 事故報告件数
- 2 主な事故内容
- 3 事故発生後の対応について
- 4 事故の原因分析及び再発防止策の検討における留意点について
- 5 事故報告の参考例

集計期間:令和6年4月1日～令和7年2月28日

1 事故報告件数

昨年度 148件 ▶ 今年度 179件

1位:転倒(90件) 2位:誤薬・与薬もれ等(24件) 3位:転落(21件)

事故の種別	転倒	転落	誤嚥・窒息	異食	誤薬・与薬もれ等	食中毒	感染症	結核	医療処置関連	職員の法令違反・不祥事	個人情報の漏洩	不明	その他	総計
通所介護(総合事業含む)	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
訪問看護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
訪問入浴	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
訪問介護(総合事業含む)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
短期入所生活介護	23	2	1	0	8	0	1	0	0	0	0	2	4	41
地域密着型通所介護(総合事業含む)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
認知症対応型通所介護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(看護)小規模多機能型居宅介護	3	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	7
認知症対応型共同生活介護	22	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	2	29
地域密着型介護老人福祉施設	8	2	0	0	4	0	0	0	0	0	0	2	0	16
介護老人福祉施設	8	10	0	1	5	0	1	0	1	0	0	5	6	37
介護老人保健施設	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	15
特定施設入居者生活介護	16	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	5	28
介護療養型医療施設	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
有料老人ホーム	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
軽費老人ホーム	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
総計(件数)	90	21	1	1	24	0	3	0	2	0	0	14	21	179
うち死亡件数	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2

2 主な事故内容

(1) 転倒・・・90件

怪我等種別

①骨折	・・・ 41件
②擦過傷・表皮剝離	・・・ 14件
③異常なし	・・・ 14件
④捻挫・打撲	・・・ 13件
⑤痛み・腫れ	・・・ 1件
⑥その他	・・・ 7件

(原因分析)居室やトイレ等、職員が目を離した際の転倒が多い

▶ナースコールの使用を促す ▶センサーマットを設置する

2 主な事故内容

(2) 服薬に係る事故・・・24件

誤薬等種別

- ① 誤薬(他利用者の薬の服薬)・・・15件
- ② 与薬もれ …… 5件
- ③ 異常なし、その他 …… 4件

(原因分析) 呼名確認もれ、職員の思い込み等

▶ 服薬マニュアルの確認・周知の徹底

2 主な事故内容

(3) 転落・・・21件

怪我等種別

- ①異常なし 7件
- ⑤骨折 6件
- ③捻挫・打撲 4件
- ④擦過傷・表皮剝離、その他 3件
- ⑤死亡 1件

(原因分析) 居室のベッドからの転落が多い

▶見守りシステムの導入

3 事故発生後の対応について

市への第1報報告前に行うこと

①応急処置、医療機関への連絡・搬送

▶対象者の適切な経過観察

②家族への報告 ※誰が報告したのか記録すること

▶家族の反応を注視

③損害賠償等の状況

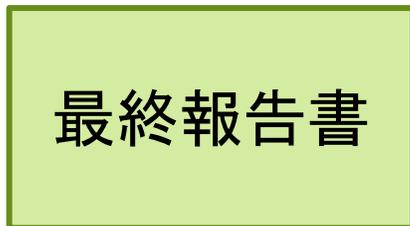
▶過失の有無を確認

※報告様式内4の「その他特筆すべき事項」に記載

・保険会社等に必ず確認すること。

3 事故発生後の対応について

市への報告



発生後**5日以内**

- ・事故報告書の1～6までの項目を記載して提出
又は
- ・事故報告書の1～6までの項目の内容を電話で報告

事故処理終了後**速やかに**
7～9の項目を記載して提出(原則、電磁的方法による)

3 事故発生後の対応について

介護保険事業所事故報告書

- ①厚生労働省の示す事故報告標準様式が改訂されました。今後は改定後の様式を使用してください。
- ②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ってください。

4 事故の原因分析及び再発防止策の検討 における留意点について

(1) 事故の原因分析

本人要因

- 本人の状態観察

職員要因

- 職員のサービス提供方法の見直し

環境要因

- 発生場所の状況確認

4 事故の原因分析及び再発防止策の検討 における留意点について

(2) 再発防止策

×職員の注意喚起にとどまっている

○事業所全体で検討し、全職員で内容を共有

×事故原因との関連性がない

○原因分析に基づく実効性のある防止策の策定

5 事故報告の参考例

例：有料老人ホームでの転倒事故

(概要)

- ・夜の巡視時に、居室内で長座位の姿勢で座っている利用者を発見
- ・床に尿が漏れていた
- ▶トイレに行こうと動いた際にバランスを崩して転倒してしまった。

5 事故報告の参考例

(1) 事故の原因分析

本人要因

- 歩行器や手すりを使えば自力で歩くことができたため、職員を呼ばなかった

職員要因

- 夜間時、オムツを使用しており、トイレ誘導を行わなかった

環境要因

- 居室内の手すりの設置が不十分であった
- ポータブルトイレを設置していなかった

5 事故報告の参考例

(2) 再発防止策

- ▶ 定時でトイレに誘導し、様子を見る
- ▶ ポータブルトイレを設置する
- ▶ 手すりを2か所設置する

終わりに

事故報告書は単なる記録簿ではなく、発生した事故について、適切な分析や防止策の検討をすることで、事業所のサービス向上につなげることを目的としています。

適切に記録し、サービス向上の一助として事故報告書を活用してください。