

令和7年度介護保険事業者集団指導

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

那須塩原市保健福祉部高齢福祉課介護管理係

令和8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7年4月1日～令和8年2月28日

1 事故報告件数

昨年度 179件 ▶ 今年度 198件

1. 転倒 2. 誤薬・与薬もれ等 3. 転落

	転倒	転落	死亡	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)	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4	14
通所リハビリテーション	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
訪問看護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
訪問入浴	0	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	1	1
短期入所生活介護	21	3	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	6	35
地域密着型通所介護(総合事業含む)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
認知症対応型通所介護	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
(看護)小規模多機能型居宅介護	4	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	1	2	11
認知症対応型共同生活介護	21	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	26
地域密着型介護老人福祉施設	7	3	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	5	1	24
介護老人福祉施設	20	4	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	7	5	41
介護老人保健施設	10	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	14
特定施設入居者生活介護	12	2	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	1	3	24
介護療養型医療施設	0	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	0	1
サービス付き高齢者向け住宅	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
軽費老人ホーム	0	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	0
総計(件数)	110	14	2	2	1	24	0	1	0	1	1	0	18	24	198

2 主な事故内容

(1) 転倒・・・110件

怪我等種別

①骨折	・・・ 53件
②異常なし	・・・ 22件
③擦過傷・表皮剝離	・・・ 16件
④捻挫・打撲	・・・ 13件
⑤痛み・腫れ	・・・ 2件
⑥その他	・・・ 4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

怪我等種別

- ① 誤薬（他利用者の薬の服薬） …… 9件
- ② 与薬もれ …… 8件
- ③ 異常なし …… 7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・・・14件

怪我等種別

①骨折	・・・ 6件
②捻挫・打撲	・・・ 3件
③擦過傷・表皮剝離	・・・ 3件
④異常なし	・・・ 2件

(原因分析) 居室のベッドからの転落が多い

▶**ベッドを低床のものにする**

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

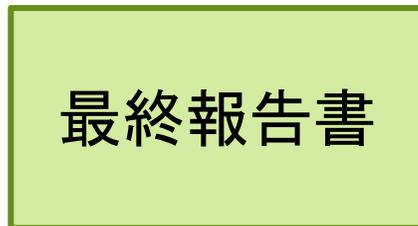
▶ 過失の有無を確認

※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)

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可能性。

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。