

令和4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5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
 - ★新型コロナウイルス陽性者の報告について
- 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4年4月1日～令和5年2月28日

1 事故報告件数

昨年度 118件 ▶ 今年度 144件

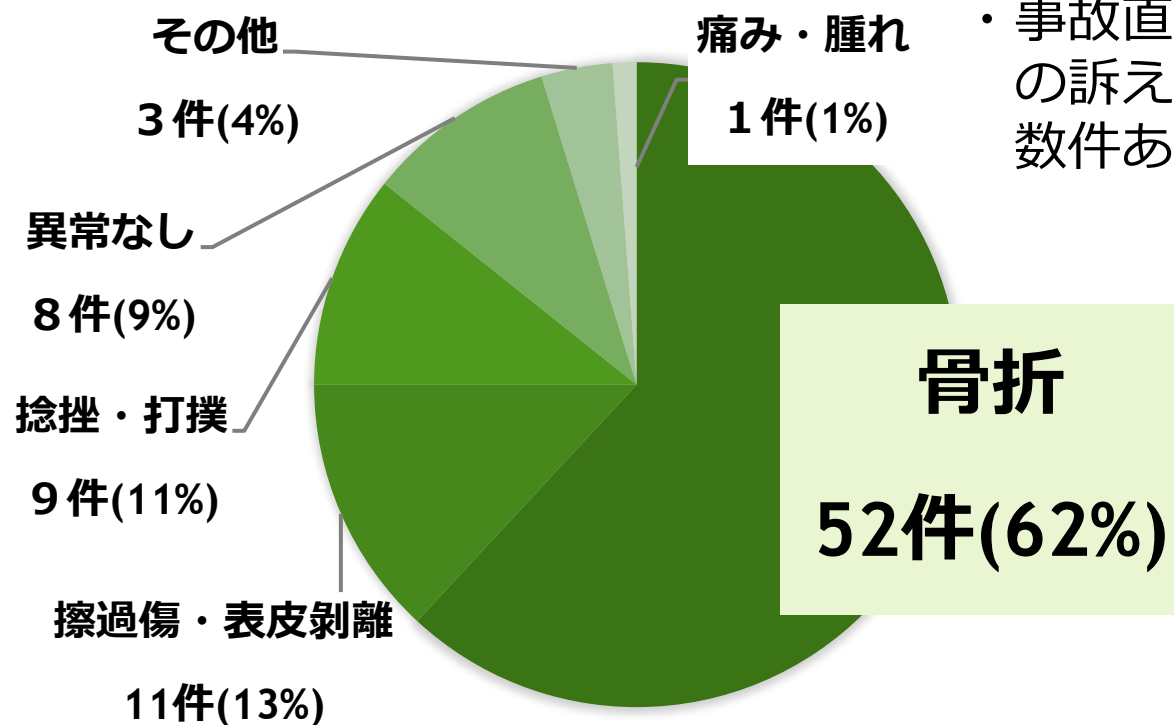
サービス種別		転倒	転落	誤嚥・窒息	誤薬	与薬もれ	不明	その他	総計
居宅サービス	通所介護(総合事業含む)	2	0	0	0	0	0	0	2
	訪問介護(総合事業含む)	0	0	0	0	0	0	0	0
	訪問入浴介護	1	0	0	0	0	0	0	1
	訪問看護	1	0	0	0	0	0	0	1
	短期入所生活介護	15	0	0	3	1	3	2	24
地域密着型サービス	地域密着型通所介護(総合事業含む)	0	2	0	0	2	0	0	4
	認知症対応型通所介護	1	0	0	0	0	0	0	1
	(看護)小規模多機能型居宅介護	4	1	0	1	0	1	1	8
	認知症対応型共同生活介護	19	0	1	1	0	1	2	24
	地域密着型介護老人福祉施設	4	4	1	2	1	2	1	15
施設サービス	介護老人福祉施設	13	3	1	3	2	2	2	26
	介護老人保健施設	10	0	0	0	0	0	0	10
	特定施設入居者生活介護	9	0	0	9	0	1	1	20
介護保険外サービス	軽費老人ホーム	4	0	0	0	0	0	1	5
	有料老人ホーム	1	0	0	0	0	1	1	3
総計(件数)		84	10	3	19	6	11	11	144



2 主な事故内容

(1) 転倒・・・84件

内訳



- ・骨折につながったのは52件
- ・夜間時のトイレ等、職員が目を離した際の転倒が多い
- ・事故直後に異常なしと判断したが、その後本人の痛みの訴え等から病院受診した結果、骨折判明のケースが数件あり

- ▶見守り体制の見直し
- ▶専門職等の指示を仰ぐ



2 主な事故内容

(2) 服薬に係る事故……25件

誤薬等種別

- ①別利用者の薬を服薬させる ……19件
- ②薬の与薬もれ …… 6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) 原因不明……11件

怪我等種別

- ・ 骨折 …… 7件 ▶ 重症が多い
- ・ 捻挫、打撲 …… 3件
- ・ 擦り傷、表皮剥離 …… 1件

事故発生に気づけない場合も…

▶ 利用者の状態確認の徹底



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。



事故報告書 (事業者→那須塩原市)

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、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

※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

第1報
 第__報
 最終報告
 提出日：西暦 年 月 日

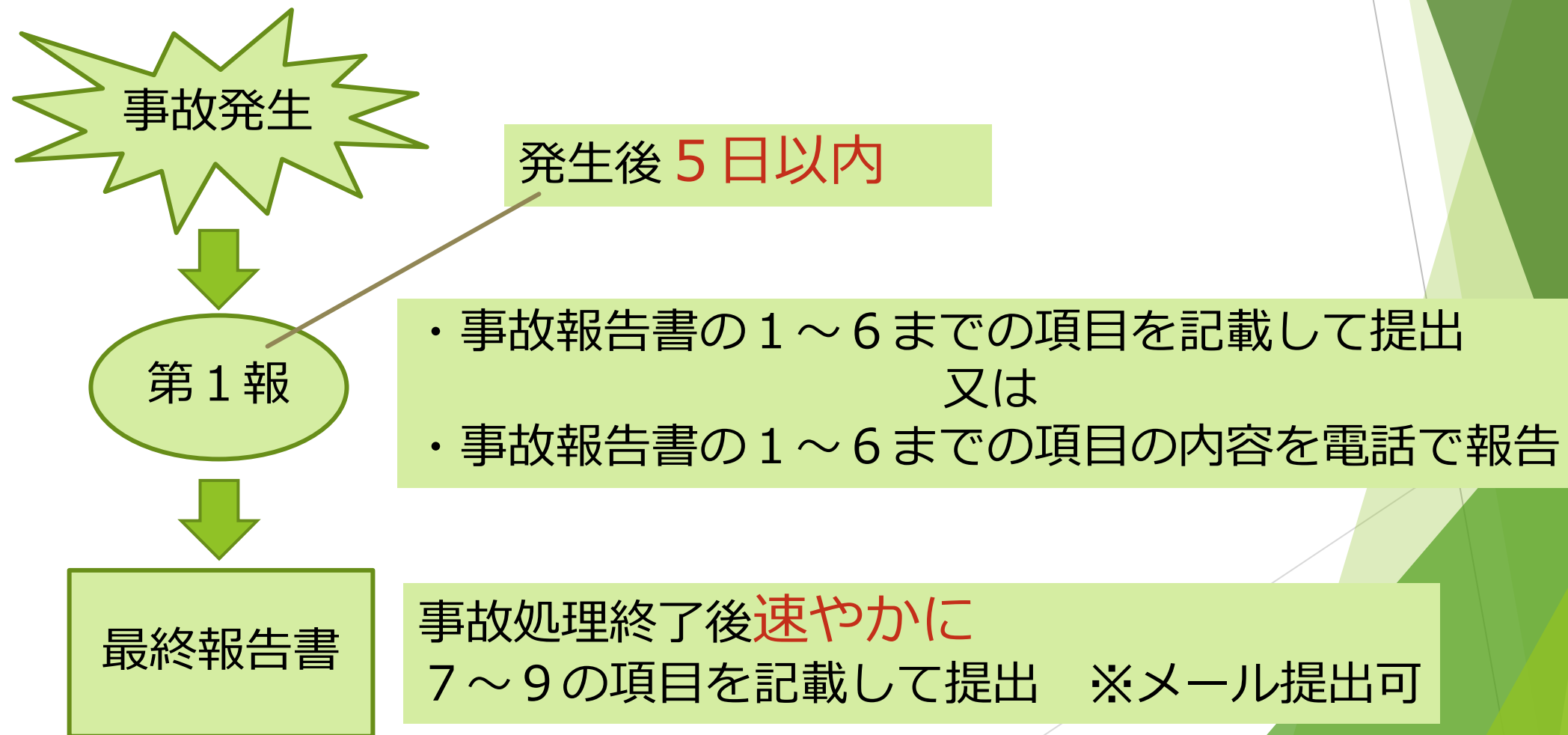
1 事故 状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日				
2 事業 所の 概要	法人名											
	事業所(施設)名								事業所番号			
	サービス種別											
3 対 象 者	所在地											
	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			性別：	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者			
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()										
身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立										
	認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃(24時間表記)
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下										
		<input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外										
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ()										
<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明												
発生時状況、事故内容 の詳細	<input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	<input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)											
その他 特記すべき事項												

5 事 故 発 生 時 の 対 応	発生時の対応												
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	受診先	医療機関名								連絡先(電話番号)			
	診断名												
6 事 故 発 生 後 の 状 況	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位：)											
	検査、処置等の概要	<input type="checkbox"/> その他 ()											
	利用者の状況												
家族等への報告	報告した家族等の 続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	報告年月日	西暦		年		月		日					
連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他												
本人、家族、関係先等 への追加対応予定	自治体名 () 警察署名 () 名称 ()												
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、 環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること)												
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)	(できるだけ具体的に記載すること)												
9 その他 特記すべき事項													



3 事故発生後の対応について

市への報告



★新型コロナウイルス陽性者の報告について

- ▶事故報告書の提出は不要ですが、本市への情報提供をよろしくお願いします。

<連絡先>

那須塩原市役所高齢福祉課介護管理係

(TEL)0287-62-7191 (FAX)0287-63-8911

(Mail)

令和5年3月まで k-koureifukushi@city.nasushiobara.lg.jp

令和5年4月以降 koureifukushi@city.nasushiobara.tochigi.jp



★新型コロナウイルス陽性者の報告について

〈連絡事項〉

①陽性者の発生の事実(いつ、どこで、〇名、等)

②県北健康福祉センターとの調整状況

(県北健康福祉センターの指示を受け、〇〇の対応をしている、等)

③濃厚接触者の有無及びその状況(職員〇名及び利用者〇名、等)

④利用者家族、ケアマネ及び関係施設への説明状況

⑤今後の事業所の対応

(〇月〇日からサービス停止、代替サービスとして〇〇事業所と調整中、等)

▶状況が変わった際には、情報提供に御協力ください



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。適切に記録いただき、サービス向上の一助として事故報告書を活用していただければと思います。



ご清聴ありがとうございました

