

1 1. 介護保険事業者における事故等について 【ページID 1001131】

1. 報告を要する事故等

事業者は、次の①～④の場合、一宮市及び関係市町村へ報告してください。

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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 上記以外に、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	<ul style="list-style-type: none"> 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とする。 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の陽性判明にかかる報告については、ウェブサイトに掲載の「社会福祉施設等（高齢者施設）における対応について」【ページID 1032967】をご確認ください。
③職員の法令違反・不祥事	<ul style="list-style-type: none"> 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、個人情報紛失・流出等
④その他、報告が必要と認められるもの	<ul style="list-style-type: none"> 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。 (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

2. 報告の方法及び報告期限

- 事業者は、事故等が発生した場合、事故報告書を電子メール、郵送又は直接持参にて提出すること。
報告書提出後、状況の変化等必要に応じて、追加の報告を行い、事故の原因分析や再発防止策等については、作成次第報告すること（FAXは個人情報の誤送信につながる恐れがあるので使用しないこと）。
- 報告期限は、事故等の発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安とする。事故報告書の提出が遅れる場合については、電話にて第一報の報告をすること。
- 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、直ちに一宮市に電話にて第一報の報告をすること（保険者が一宮市以外の場合には、その保険者にも報告が必要）。
- 報告書の様式は「介護保険事業者事故等報告書」（国様式）とする。

3. 対象サービスと報告先

事故等対象者が一宮市以外の保険者（市町村）である場合は、当該保険者にも報告してください。また、当該対象者に係る居宅介護支援事業者等へも連絡し共有を図ってください。

サービス種別	担当部署	電話番号	メールアドレス
介護保険の指定を受けているサービス、施設（※1）、介護予防訪問（通所）介護相当サービス	介護保険課	0586-85-7017 0586-28-9018	kaigohoken@city.ichinomiya.lg.jp
介護予防支援、基準緩和訪問（通所）介護サービス	高年福祉課	0586-28-9151	kounenfukushi@city.ichinomiya.lg.jp

※1：指定通所介護事業所等が行う宿泊サービス含む。

4. 令和4年度事故報告書集計結果

事故報告は事業所の責任を追及するために提出を求めているものではなく、事故を記録し、その発生原因を分析することにより、再発の防止に活かすことを目的としています。当市に報告された事故報告から傾向や参考となる事例、有効と考えられる再発防止策を紹介しますので、今後の事故予防の参考にしてください。

(1) サービスごとの事故の種別

	転倒	転落	誤嚥・窒息	異食	誤薬・与薬もれ等	医療処置関連	不明	その他	総計
訪問介護	3							3	6
訪問看護							1		1
通所介護(地域密着型含む)	32	2		1	1		3	20	59
通所リハビリ	4		1						5
短期入所(生活・療養)	25	3	1				7	1	37
認知症対応型通所介護	4	1						3	8
小規模多機能型居宅介護	11	1					1	1	14
看護小規模多機能型居宅介護	3								3
認知症対応型共同生活介護	35	5					3	27	70
介護老人福祉施設(地域密着型含む)	107	24	8			4	42	12	197
介護老人保健施設	47	5				1	14	6	73
特定施設入居者生活介護	35	2			2	1	1	1	42
総計	306	43	10	1	3	6	72	74	515

令和4年度は、転倒が306件と1番多く(不明・その他を除く)、次に転落43件となっています。歩行時によろけて転倒、ベッドや車椅子からの転落など高齢者は加齢により骨がもろくなっているため骨折しやすく、身体機能の低下や介護度が高くなる恐れがあるため、今後も十分に注意が必要です。

(2) 市へ報告された事故の内容と有効と考えられる再発防止策

種類	事故の内容	有効と考えられる再発防止策
転倒	<p>近くの公園まで散歩中、利用者は歩行器を使用していた。横断歩道を渡るため、傾斜のある所を渡ろうとしたところ、バランスを崩し転倒した。側にいた職員がとっさに支えようとしたが間に合わなかった。</p>	<p>公園で花見をするため、急遽追加された計画であったことから、全職員が当日の流れを十分に理解していない状態であった。 全職員が計画段階で話し合い、手順や注意事項を紙面で表し、当日にも再度確認事項を読み上げ、内容を共有する。屋外を歩く際にはマンツーマンを基本とし、それが難しければ車椅子で対応する。</p>
	<p>ラジオ体操を立位にて実施していたところ、めまいが起こり、椅子に座ろうとしたが座り損ね、前方から床に転倒した。</p>	<p>体操中に車椅子からの転落がないように見守る職員はいたが、立位で体操を行う利用者の側で見守る職員はいなかった。 座位でも運動効果があることを説明し、今後体操は椅子に座った状態で実施してもらう。体操中は、急な体調不良で転落や転倒が起こる可能性が高いと意識し見守ることを周知徹底する。</p>
転落	<p>オムツ交換時、ベッド柵を外し、居室洗面台付近の棚に用意していた新しいオムツを取ろうと目を離した際、利用者が自己にて右側臥位に体動し床に転落した。</p>	<p>オムツ交換時も、ベッド柵を外して介助するのは危険性がありベッド柵を外さない事を周知していたが、実施出来ていなかった。再度全職員に介助方法を統一するための講習を実施。 職員によって体格差もあり、ベッド柵を外さないと介助できない場合に関しては、転落を防止するためのクッションを使用する。排泄介助の際は、全ての備品を準備した上で介助に入る基本動作を徹底する。</p>
誤嚥	<p>夕食後の服薬介助を行おうとすると口腔から食べた物が流れ出て、泡を吹いて意識を失った。すぐに口腔内をかき出し、義歯を外そうとしたが、上の義歯はあるも下の義歯がなく、後に居室で見つかった。</p>	<p>自身で義歯を触ってしまう可能性を十分に意識し、ベッドから離床する時や食事前は必ず義歯が口腔内にあるかの確認を徹底する。 また、当該利用者は日常的に意識消失があるため、食事中は目を離さず、状態によっては自己摂取でなく介助で摂取してもらう。落ち着かない様子場合は食事を中断し様子を見る。</p>

5. 事故予防に関する参考資料

事故予防に関する情報や再発防止策が具体的に掲載されていますので、今後の事故予防の参考にしてください。

- ・介護老人保健施設 安全推進マニュアル

『誤飲・誤嚥を防止するために』『転倒・転落等の事故を防止するために』『入浴時の事故を防止するために』

<https://www.roken.co.jp>（全老健共済会）

- ・福祉用具ヒヤリハット情報

<https://www.techno-aids.or.jp/hiyari/index.php>（公益財団法人テクノエイド協会）