

## 12. 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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>「サービスの提供」とは、送迎・通院中も含むものとする。</li> <li>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。</li> </ul>
②食中毒及び感染症	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
③職員の法令違反・不祥事	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
④その他、報告が必要と認められるもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>

### 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又は専用提出フォームから（※）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。
- 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。

※2025年1月から事故報告書の様式及び報告方法を変更しております。

報告の際には【ページID 1001131】に掲載の報告様式で事故報告書を作成し、電子メール又は専用提出フォームから提出してください。郵送や直接持参による提出はご遠慮ください。

なお、変更後の報告様式はエクセルのシートが「事故報告書」「集計」「選択リスト」の3つに分かれています。シートが「事故報告」「サービス種別」の2つのみの様式は旧様式ですのでご注意ください。

### 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

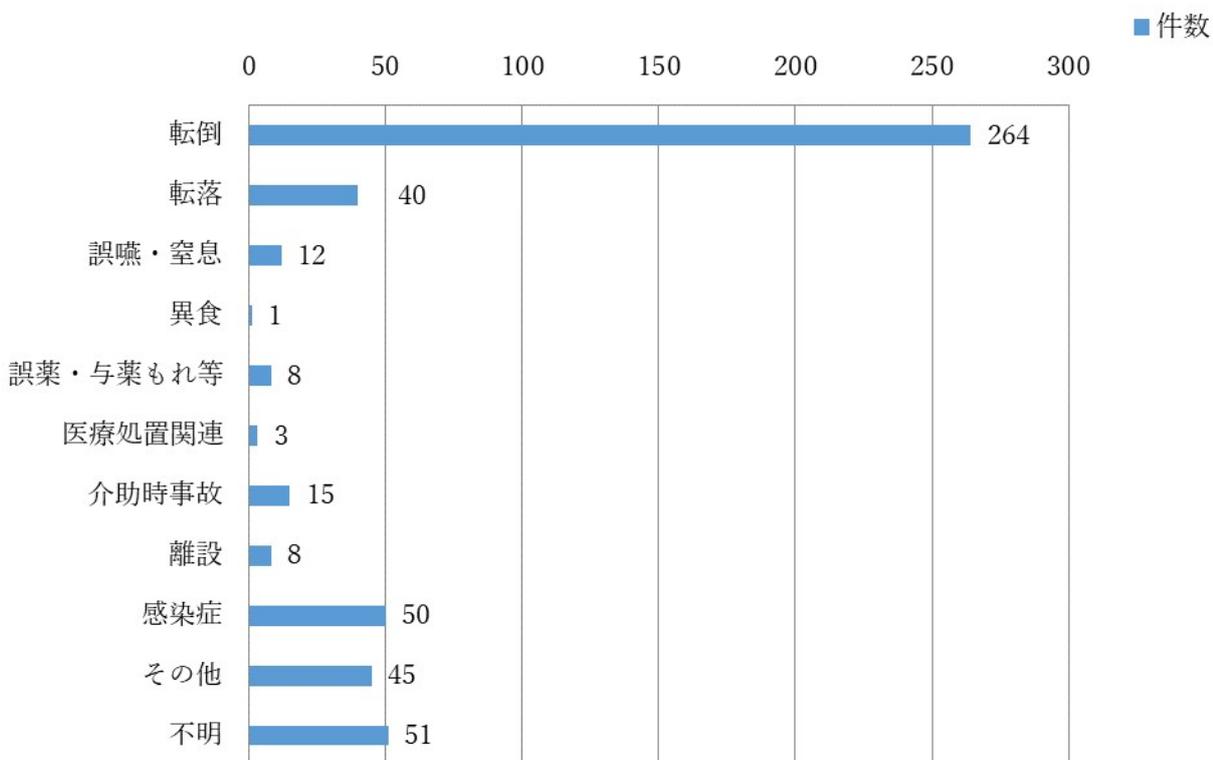
※1：指定通所介護事業所等が行う宿泊サービス含む。

### 4. 2024年度事故報告書集計結果

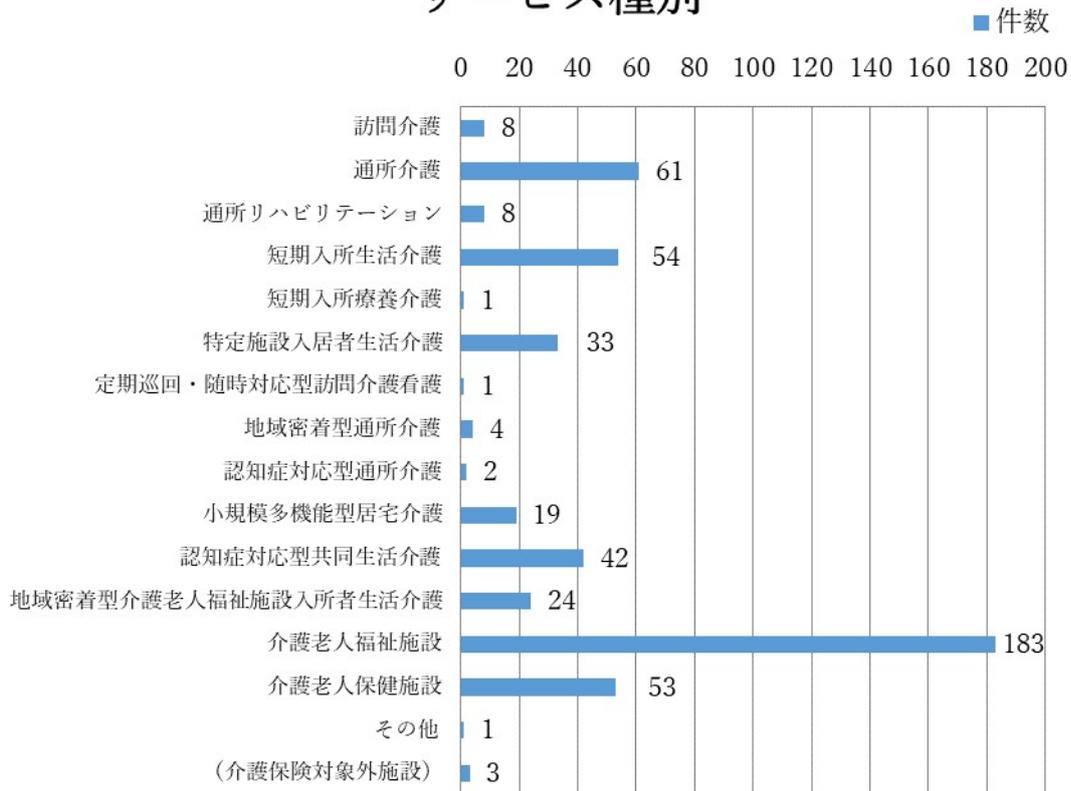
事故報告は事業所の責任を追及するために提出を求めているものではなく、事故を記録し、その発生原因を分析することにより、再発の防止に活かすことを目的としています。当市に報告された事故報告から傾向や参考となる事例、有効と考えられる再発防止策を紹介しますので、今後の事故予防の参考にしてください。

#### （1）事故の種別・サービス種別

## 事故の種別



## サービス種別



2024年度は、転倒が264件で最も多く、次に転落40件となっています（感染症・不明・その他を除く）。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

種別	事故の内容	有効と考えられる再発防止策
転倒	小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスの利用者が、通いサービスから帰宅する他の利用者と一緒に外に出ようとしたため、職員が引き留めるも聞き入れず、職員を振り払った際にふらつき、職員と共に転倒した。	帰宅願望の強い利用者であり、通いサービスの利用者が玄関から出入りすることを知っているため、そこから外に出られることも理解している。玄関からの出入りは本人の目につかないように行う。本人が玄関付近に滞在している場合は、他の利用者の出入りを他の場所から行う。
	認知症対応型通所介護において、立位にてラジオ体操に参加中、両手を挙げた際にバランスを崩す。右手は咄嗟に椅子に掴まったが、左手を後方について転倒した。 職員は5人配置されていたが、利用者11名を1人で見守っており、他の職員は食事準備等の対応中であった。	高齢者は昨日まで出来ていたことが急に出来なくなることを再認識し、職員が手薄な時間帯に体操を行うのであれば座位にて行うことや、個別に訓練時間を設けることを検討する。食事準備をしている職員も現場と台所を行き来して、常に利用者の様子を見るように心掛ける。

誤薬	<p>職員の介助にて他の利用者の薬を口に含ませてしまった。口に半分ほど入ったところで気が付き、直ちに投薬を中止したが、半分は内服した。配薬者とは職員間でダブルチェックをしたが、薬の取り違いに気が付かなかった。利用者に対し内服介助する際も、薬袋に記載されていた氏名・用法等の確認も怠った。</p>	<p>職員が手薄な時間帯であり気持ちが焦っていた。利用者ごとに分けている配薬ケースを改良し、セットミスを目減りに抑えるよう工夫する。職員へのダブルチェックの重要性を再度周知し、徹底させる。</p>
離設	<p>認知症対応型共同生活介護の利用者で、本人は自宅で問題なく生活できると思い込んでおり、自分をグループホームに入居させた家族に不満をもっている。</p> <p>某日、職員に対し不満を漏らし、職員がなだめるも納得されず、居室に入られる。しばらくして訪室した際に姿がないことに気が付いた。</p>	<p>職員に不満を漏らした時点で帰宅願望が出ており、出入口とは反対側にある非常口から抜け出したと思われる。</p> <p>普段から本人の行動や居場所に注意を払い、その日の気分や表情、不穏や不満発言がある際には特に行動に注意を払い、見守りの頻度を多くする。</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  
<https://www.mhlw.go.jp/content/001591418.pdf>（厚生労働省）
- 介護老人保健施設 安全推進マニュアル  
『誤嚥・誤飲を防止するために』『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/useful\\_info/](https://www.roken.co.jp/useful_info/)（株式会社全老健共済会）
- 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）