

介護保険事業者における事故報告について

大曲仙北広域市町村圏組合



本日の説明

- 「介護保険事業者における事故報告の取り扱い要領」について
- 事故報告の分析
 - ・ 分析の手法
 - ・ 原因の分析
 - ・ 個別事例の紹介

事故報告の根拠

事業者は、利用者に対する介護の提供により事故が発生した場合は、**市町村**、家族、居宅介護支援事業者等に**連絡を行う**とともに、必要な措置を講じなければならない。

※ 密着運営基準 第3条の3 8第1項（要約）

「介護保険事業者における事故報告の取り扱い要領」について①

目的

- ・ 事故の速やかな解決、再発の防止を図る。
- ・ 利用者等に対するサービスの質の向上及び事業所等の適切な運営に資する。

報告の範囲及び程度

事業所の責任の有無にかかわらず、介護サービスの提供に係る事故

- ① サービス提供中の利用者等の負傷、死亡事故又は行方不明
- ② 食中毒及び感染症の発生
- ③ 役・職員の交通事故・法令違反・不祥事等の発生
- ④ 地震・風水害や火災などによる被害の発生

「介護保険事業者における事故報告の取り扱い要領」について②

① サービス提供中の利用者等の負傷、死亡事故又は行方不明

送迎・通院中を含む

医療機関の受診又は施設内における医療処置を要したもの

- ・利用者等の自己過失による事故であっても報告対象。
- ・原因が利用者等の疾病によるものと明らかな場合は報告を必要としない。
(ただし、トラブルや損害賠償事故となる場合は報告対象)
- ・サービス提供中の事故により第三者が死亡、重篤状態となった場合も報告対象。

「介護保険事業者における事故報告の取り扱い要領」について③

報告先

- ・ 事業所等の所在地域の県地域振興局福祉環境部
- ・ 事業所等の所在地域の保険者
- ・ 利用者等の保険者

報告手順

- ① 家族又は身元引受人へ直ちに連絡。
- ② 5日以内を目安に事故報告書の提出。

※ただし、利用者等の死亡、重篤事故等の重大事故については、第一報を電話等で行い、すみやかに事故報告書を提出。

「介護保険事業者における事故報告の取り扱い要領」について④

報告書の様式

様式1（事故報告書）…死亡、傷病事故、行方不明、職員不祥事、交通事故等

様式2（感染症報告書）…感染症、食中毒

様式3（アクシデント報告書）…喀痰吸引、経口栄養

様式4（自然災害等報告書）…地震・風水害・火災

※国による事故報告の標準化（介護保険最新情報Vol.943）を受け、**様式1（事故報告書）**が改正されている。

「介護保険事業者における事故報告の取り扱い要領」について⑤

報告方法

「持参」、「郵送」又は「電子メール」

当組合への電子メールによる報告は

j-kansa@oskaigonet.or.jp

報告書には利用者等の個人情報が含まれるため、**誤送信等が無いよう配慮**する。

当組合（保険者）の取り組み

「介護保険事業者における事故報告及び事故報告への対応に関するガイドライン」

報告に対する保険者の対応

- ① 調査、指導及び利用者への事実確認の実施
- ② 指定権限を持つ事業者の報告について、基準違反のおそれがある場合は対応
- ③ 事故報告を組合構成市町へ連絡
- ④ 事故報告を取りまとめ、分析
- ⑤ 事故報告の結果、再発防止策及び事故防止のための好事例等について、

周知・共有

ホームページへの掲載

大曲仙北広域市町村圏組合

Home > サービス事業者 > 指導・監督について > 事故報告

大曲仙北広域市町村圏組合

Home > サービス事業者 > 指導・監督について > 事故報告

事故報告

事故報告について

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずることとされています。

報告にあたっては県の「[介護保険事業者における事故報告の取り扱い要領](#)」により報告をお願いします。

なお、当組合に電子メールにより報告書を提出する場合のメールアドレスは以下のとおりです。

j-kansa@oskaigonet.or.jp

※報告書には利用者等の個人情報が含まれるため、誤送信が無いよう十分御配慮ください。

事故報告及び事故報告への対応に関するガイドラインについて

大曲仙北広域市町村圏組合介護保険事業者における事故報告及び事故報告への対応に関するガイドライン [148KB] PDF

- ・ 組合ガイドライン
- ・ 事故報告の結果
- ・ 再発防止策 等

秋田県

介護保険事業者における事故報告の取り扱い要領 について

2021年07月02日 | コンテンツ番号 8874

「介護保険事業者における事故報告の取り扱い要領」（令和元年6月26日付け掲載分）を一部改正します。

介護事業所や施設における事故については、原則としてこの要領により秋田県へ報告してください。

なお、要領第3の2に記載されている「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について（平成17年2月22日付け 厚生労働省通知）」は、平成22年9月8日付けの厚生労働省事務連絡「多剤耐性アシネトバクター・パウマニ等に対する社会福祉施設等の対応について」に添付されています。

○電子メールによる報告の際の留意事項（R3.7.追記）

- ・ 1つの事業所で複数のメールアドレスを使用しないでください。
- ・ メールの名前は「介護保険事業者 事故報告書」としてください。
- ・ 添付ファイルの形式はエクセルのままにしてください。
- ・ 送信先の確認を徹底し、誤送信がないようにしてください。
- ・ 送付先メールアドレスは下記ダウンロード内の「福祉環境部一覧」を御参照ください。

ダウンロード

事故報告取扱要領（秋田県） [142KB] PDF

- ・ 報告書様式
- ・ 県要領、報告様式
- ・ 事故報告ファイル
- ・ 県地域振興局のメールアドレス

福祉環境部一覧 [24KB] PDF

集計の範囲

令和3年1月～12月の1年間に当組合で受理した223件
(様式1：事故報告書)

事故報告の分析 ②

全体の傾向

原因/結果

(単位：件)

	骨折	裂傷・ けが	打撲	異常 なし	内出血	死亡	捻挫	意識 不明	その他	総計
転倒	74	28	17	6	4	1	1	1	7	139
転落	11	3	4	3	1				1	23
誤薬				11						11
誤嚥	1					2			3	6
交通事故			1	2						3
自殺企図		1								1
接触		1								1
行方不明		1								1
異食									1	1
その他	20	3		2	7				5	37
総計	106	37	22	24	12	3	1	1	17	223

事故報告の分析 ③

全体の傾向

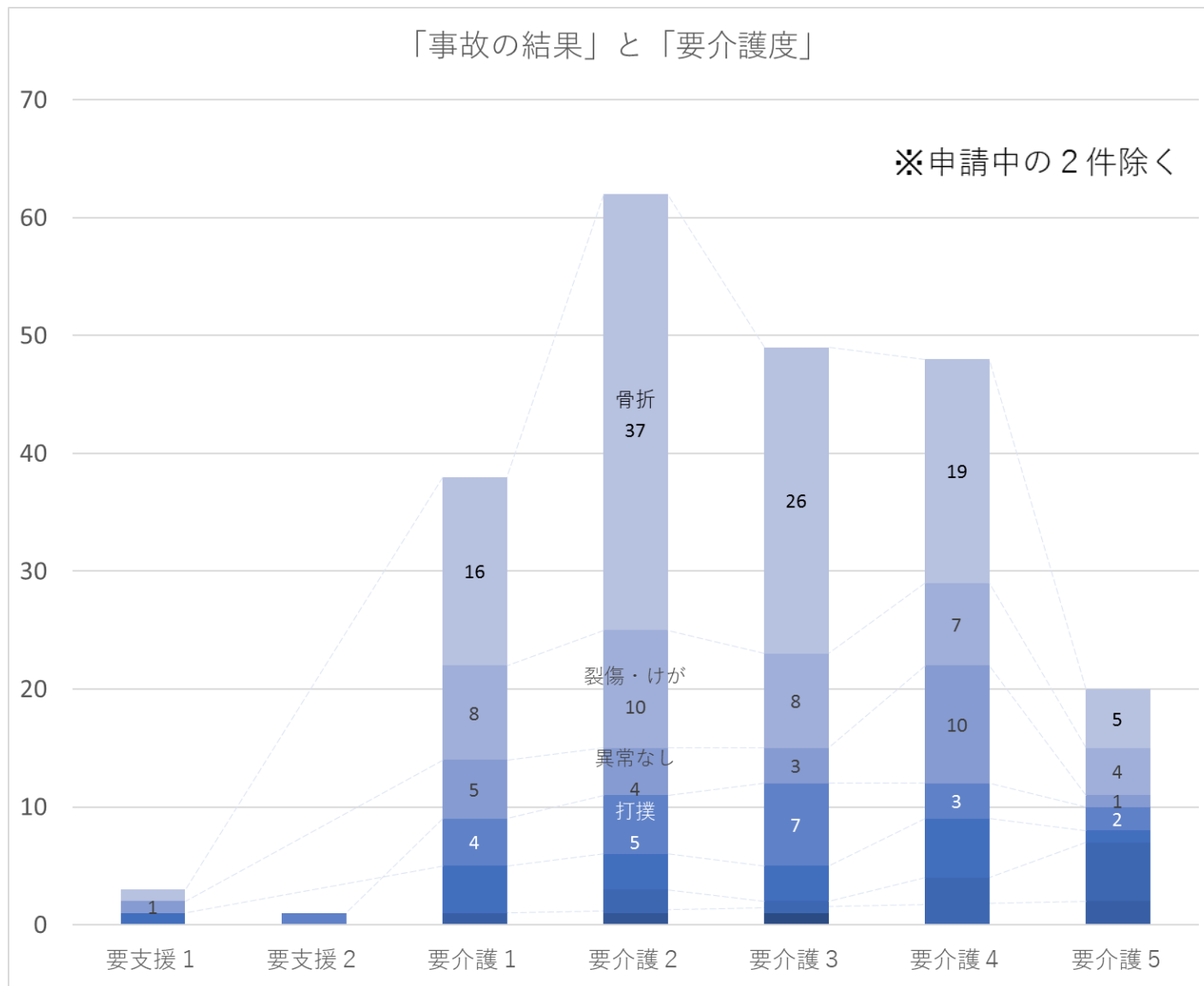
サービス種別/結果

(単位：件)

	骨折	裂傷・ けが	打撲	異常 なし	内出血	死亡	捻挫	意識 不明	その他	総計
特養（密着含む）	20	10	6	9	4	1			5	55
GH	23	10	7	6	1	1	1		3	52
短期入所生活介護	24	7	2	5	2			1	1	42
特定施設（密着含む）	12	4	5	2	2	1			3	29
老健	18	3			1				4	26
小多機	2	1	1	2	1				1	8
通所介護（密着含む）	4	2								6
看多機			1		1					2
認知症通所介護	1									1
訪問介護	1									1
その他	1									1
総計	106	37	22	24	12	3	1	1	17	223

事故報告の分析 ④

全体の傾向



多層的分析

「なぜ」の繰り返しにより、原因の原因を深く掘り下げる。

多角的分析

「原因の要素」を考える。人、意識、方法、モノ 等

分析の手法 ②

(例) 認知症の利用者がホールで事務用のキャスター付き椅子に座り、滑って転倒した。

多層的分析 「なぜ」の繰り返し

「なぜ」転倒したのか? → キャスター付き椅子に座ったから。

「なぜ」キャスター付き椅子に座ったのか? → 利用者の目のつく所にあった。

「なぜ」利用者の目のつく所にあったのか? → 整理整頓ができていなかった。

「なぜ」整理整頓ができていなかったのか? → ………

多角的分析 「原因の要素」

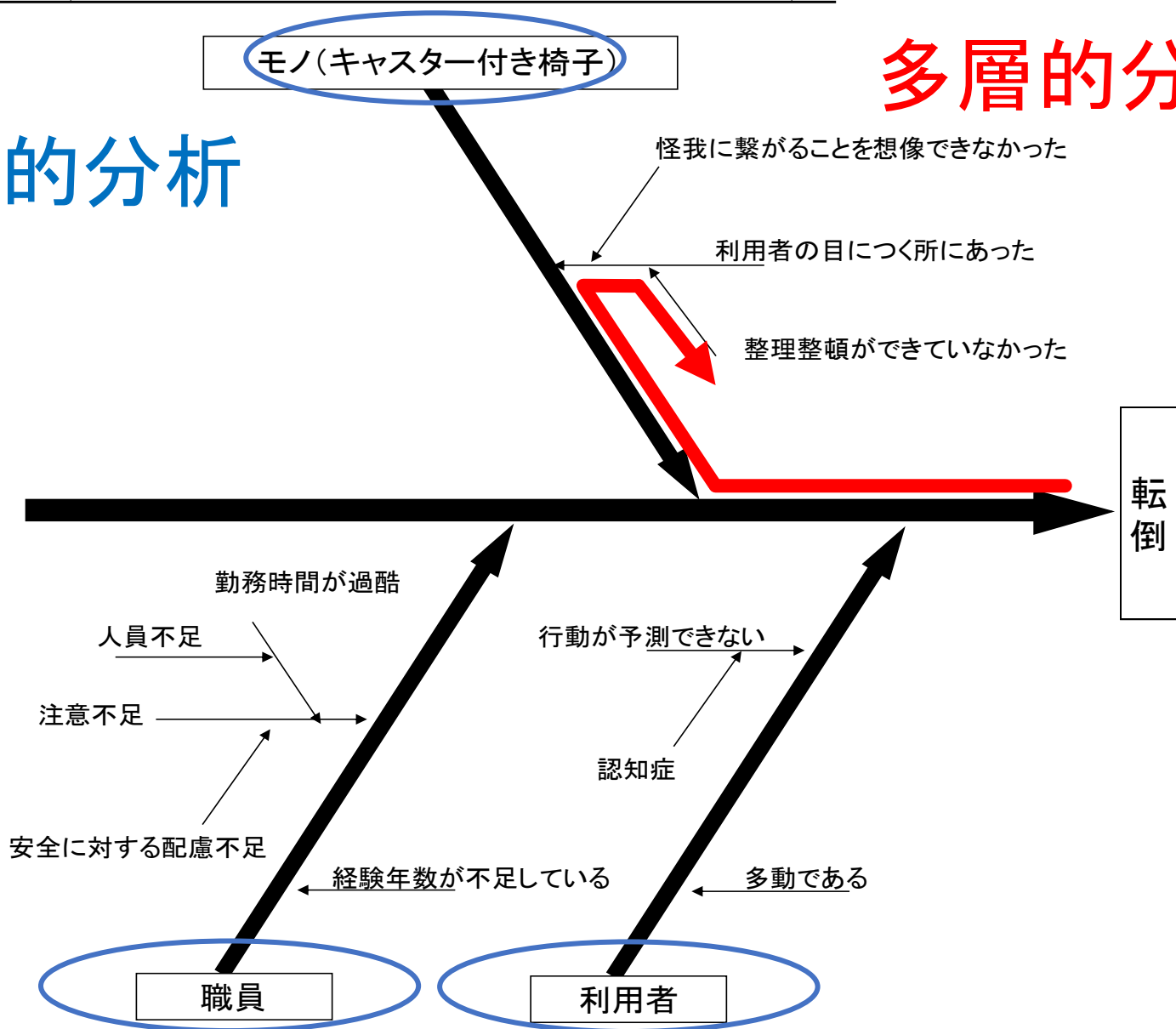
「利用者」、「職員」、「モノ」…

分析の手法 ③

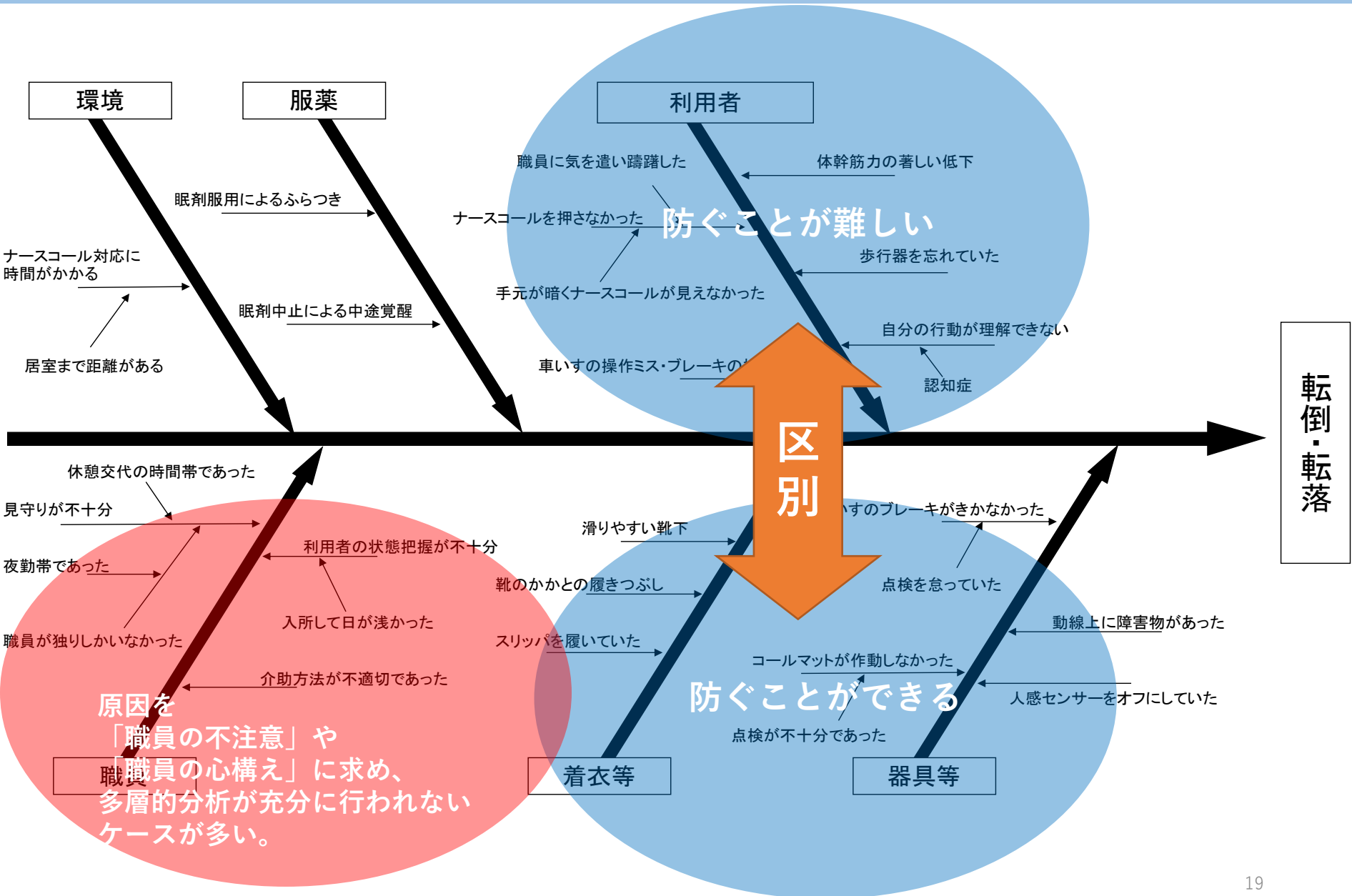
特性要因図 (多層的分析と多角的分析の可視化)

多角的分析

多層的分析



原因の分析（転倒・転落）



個別事例の紹介（転倒）

事故の内容

トイレに行くために車いすへ独りで移乗中、バランスを崩し転倒。本人は介助なく生活したい気持ちが強く、ナースコールを鳴らさずに移動していることが頻繁にあった。

再発防止策

- ・ 車いすの位置、ベットの高さの確認等の居室の環境整備
- ・ 本人の筋力維持のため、立位訓練、下肢挙上訓練の開始

ポイント

- ・ 再発防止の取り組みに、利用者も参加している。
 - 事業者側の取り組みに傾注し、利用者を置き去りにしているケースが多い。
- ・ 国民は、健康の保持増進に努めるとともに、能力の維持向上に努めるものとする。
(介護保険法第4条)
- ・ 利用者本人、家族の当事者意識の醸成

個別事例の紹介（誤薬）

事故の内容

朝食時、職員間の連携不足により、同じ利用者に誤って2回服薬させてしまった。

再発防止策

服薬チェックリストを作成し、誰が飲ませたか分かるよう記録する。

ポイント

- ・ヒトの手が介入する機会が増えると、新たなミスの原因となる。
 - 「対策」が「原因」になってしまう。
- ・煩雑にならないか？日常業務の中でずっと継続できるか？今一度確認を！

事故報告書

- 県要領の確認
- 様式の変更
- メール提出可

管理的立場の職員のみではなく、他の職員にも周知徹底を！
(内部研修、マニュアルへの綴じ込み)

事故原因の分析

多角的分析、多層的分析 → 特性要因図

- 「防ぐことができる事故」と「防ぐことが難しい事故」を区別
- ヒトに原因を求めない。
 - 精神論で終わらない恒久的、継続的な対策につなげる。
- 原因の本質を見極め、対策が新たな原因とならないように！
 - その場しのぎの対策ではなく、継続できる仕組みを
- 利用者、家族も事故対策の一員

参考資料

- 東京都国民健康保険団体連合会
令和元年版東京都における介護サービスの苦情相談白書（平成30年度実績）
特集 介護リスクマネジメントと介護事故の防止
- 介護マネジメント．COM（株式会社東経システム）
介護事故と苦情をマネジメントする