

事故等発生状況報告書の提出の徹底及び事故発生（再発）防止について

旭川市福祉保険部指導監査課

事故等発生状況報告書の提出については、従前より市ホームページ及び集団指導等において、報告の範囲等を周知をしているところですが、運営指導等において、報告が必要となる事故が発生しているにも関わらず、報告書の提出をされていない事例が確認されています。

運営指導等で報告漏れが判明した場合は、提出について指導しておりますが、事業所等においても、「旭川市社会福祉施設等における事故発生時の報告事務取扱要領」（以下、「取扱要領」という。）を改めて御確認いただき、報告書の提出が必要とされている事故については、速やかに報告されるようお願いいたします。

○事故等発生状況報告書受理件数の推移

年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
報告数	1,045件	916件	899件	939件	808件

※令和5年度は、令和6年1月末時点の集計結果を記載しています。

※報告数は、取扱要領に基づき社会福祉施設等より報告のあった老人福祉法及び介護保険法関係の件数。

今年度の事故発生件数については10か月間の集計であることから、年間を通すと前年度と同等の件数になることが予測されます。

各事業所等においては、引き続き事故の発生防止に努めてください。

○令和5年度受理分の事故の概要

区 分		件 数	構成比	
事業所・ 役職員関係	不適切な会計処理	0	0.0%	
	不法行為等	2	0.2%	
利用者 処遇に 関する ものの 事故	虐待等	8	1.0%	
	無断外出等	15	1.9%	
	サービス 利用中 の事故	骨折	264	32.7%
		打撲	34	4.2%
		裂傷等	58	7.2%
		誤薬	372	46.0%
		誤飲等	7	0.9%
		誤嚥	16	2.0%
		その他	31	3.8%
	他害・自傷・自殺等	0	0.0%	
その他	1	0.1%		
計	808	100.00%		

令和5年度に受理した事故等発生状況報告書の内訳では、「誤薬」が特に多く、例年、旭川市で受理している報告の約半数を「誤薬」が占めています。

事業所等で薬を取り扱う場合は、平成26年10月1日付けで厚生労働省から発出されている「老人福祉施設等における医薬品の使用の介助について」を参考に、薬の管理や使用方法について、適切に取り扱っていただきますようお願いいたします。

○事故が発生した場合

事故が発生した場合には、運営基準において「市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等への連絡をするとともに、事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録しなければならない。」とされています。

しかしながら、利用者の家族への連絡や事故発生後の対応が不十分であったために、市へ相談や苦情が寄せられる例も複数生じています。

事業所等においては、利用者の家族に対しても真摯な対応、丁寧な説明をするとともに、事故が発生した場合の対応について、研修などを通じて職員が日頃から適切に対応できるよう心掛けてください。

また、同一の事業所等において短期間で同じような事故が発生している例もあることから、しっかりと原因分析を行い、より実効性の高い再発防止策の検討をしていただくようお願いいたします。

なお、運営指導において、事故報告書及びヒヤリハット報告書等に発生した事故等の記録漏れが散見されましたので、記録漏れのないようにお願いします。

○市への事故報告の提出について

旭川市内に所在する事業所等において事故等が発生した場合、取扱要領に基づき市へ報告する必要があります。

この度、報告が必要な事故等の範囲をより明確にするため、取扱要領を令和6年4月1日付けで改正することから、改正後の取扱要領の概要について、次のとおりお知らせしますので、市への報告が必要な事故等が発生した場合には、速やかに御報告くださいますようお願いいたします。

1 事故等の区分

(1) 重大な事故等（取扱要領3(1)）

- ア 入所者等の死亡事故（病気等によるものを除く）
- イ 役員及び職員の不法行為（預り金着服・横領等）
- ウ 入所者等に対する虐待（疑いを含む。）
- エ 入所者等の不法行為
- オ 入所者等の失踪又は行方不明（現在も捜索中のもの）
- カ 火災であって消防機関に出動を要請したもの
- キ その他の事項（入所者等の間での傷害事案等）
- ク アからキ以外の事項で報道機関等に報道された事案又は報道される可能性のある事案

(2) その他の事故等（取扱要領3(2)）

- ア 入所者等の骨折，打撲又は裂傷等で，医師（施設の勤務医，配置医を含む）の診断を受け投薬，処置等何らかの治療が必要となったもの
- イ 入所者等の誤薬
- ウ 入所者等の誤飲，誤食又は誤嚥（軽微な場合を除く）
- エ 入所者等の無断外出（見つかった場合に限る）
- オ 入所者等が病気等（原因不明を含む）により死亡した場合で，死因等に疑義が生じた場合（警察の捜査，検死等の結果，病死等であることが確認されたものを除く）
- カ 入所者等の交通事故等その他報告が必要と認められるもの

(3) 留意点

- ・入所者等が介護中の事故等により死亡した場合は「1(1)ア」，病気や原因不明で亡くなり，死因に疑義が生じた場合は「1(2)オ」として報告してください。
なお，老衰や死因に疑義のない病死等の場合は報告の対象とはなりません。
- ・入所者等が骨折，打撲等のけがをした場合，医師の診療等を受けたときは，受診回数や入院の有無に関わらず「1(2)ア」として報告してください。
- ・入所者等が離設した場合等で，その後すぐに発見された場合は「1(2)エ」，発見されていない場合は「1(1)オ」として報告してください。
- ・「1(2)イ」に規定する「誤薬」については，他の利用者等の薬を誤って服用させた場合や重症化した場合のみではなく，落ちている薬を発見したなど必ずしも事業所等の責めに帰さない場合についても報告をしてください。

2 報告期限

(1) 重大な事故等（取扱要領3(1)）

直ちに電話等で連絡の上，事故等発生後又は発覚後5日以内に事故等発生状況報告書を提出してください。

(2) その他の事故等（取扱要領3(2)）

事故等発生後又は発覚後5日以内に事故等発生状況報告書を提出してください。

3 報告方法

事故等発生状況報告書の提出については，原則として，本市ホームページの「旭川市電子申請システムフォーム」より提出してください。

なお，電子申請により提出することが困難な場合については，電子メール等により受け付けることもできますので，指導監査課へ御相談ください。

（ホームページ掲載箇所）

ホーム>事業者向け>健康・福祉・子育て・学校>高齢者・介護保険>申請・届出

>介護サービス事業者向けトップページ 10 その他の様式 1.事故等発生状況報告書

記載に当たっての留意

事故等発生状況報告書 (事業者→旭川市)

※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： 令和 年 月 日

1事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、日帰りで応急処置 <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	令和		年		月		日					
2事業所の概要	法人名	事故等発生時にサービス提供をしていた事業所の概要を記載してください。 ・有料老人ホームの入居者が、訪問介護のサービス提供中に発生した事故等の場合は、訪問介護事業所 ・有料老人ホームの入居者が、有料老人ホームのサービス提供中又はサービス時間外に発生した事故等の場合は、有料老人ホーム											
	事業所(施設)名												
	サービス種別												
	所在地												
3対象者	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	令和		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										
		障害支援区分	<input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6 <input type="checkbox"/> 区分なし										
	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	令和		年		月		日		時		分	秒 (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 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 死亡事故 <input type="checkbox"/> 不法行為 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 失踪・行方不明 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬誤れ等 <input type="checkbox"/> 誤飲・誤食・異食 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ除去等) <input type="checkbox"/> 骨折・打撲・裂傷等 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 事件報道が行われた場合等 <input type="checkbox"/> 無断外出 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	発生時状況、事故内容の詳細	事故がどのように発生したかなど、事故の概要を記載してください。事故の原因や防止策は下記に記載欄はありますが、内容が一部重複しても構いません。											
	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	事故発生から事故報告書記載時点まで、どのような対応をしたか記載してください。											
	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												
	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 <input type="checkbox"/> その他 () [部位 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手足指 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 脊髄、腰部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> その他 ()]											
	検査、処置等の概要												

6 事故発生後の状況	利用者の状況	事故等の被害者等の状況を記載してください。						
	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"/> 親 <input type="checkbox"/> その他 ()					
		報告年月日	令和	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 自治体名 () 警察署名 () 名称 ()						
本人、家族、関係先等への追加対応予定								
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) 事故が発生した原因について分析、検討した結果を記載してください。						
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) 今後どのような対策を行って、再発防止に努めるのか、具体的かつ実行性のある対策を記載してください。						
9 その他 特記すべき事項								

- ※重大な事故の場合については、
- 1 入所者等のケアプラン、支援計画及びアセスメント表等入所者等の状況がわかるもの
 - 2 事故発生時の現場見取り図
 - 3 法人内部及び施設等において事故の対応を協議した会議録
 - 4 食事に関する事故等については入所者等の栄養計画を添付すること。

重大な事故の報告に当たっては、これらの資料を添付してください。
 なお、報告期限に間に合わない場合は、後日追加で提出をしてください。

旭川市使用費 (事業者の記帳は不要)	事故の種類	事業所 役員関係	不適切な会計処理	A1	
			不法行為等	A2	
		利用者 処遇に 関する もの	虚偽等	B1	
				断断外出等	B2
			サービス 利用中の 事故等	脅行	C1
				部位	
				打撲	C2
				部位	
				咬傷等	C3
				部位	
				誤薬	C4
			誤飲誤食	C5	
			誤嚥	C6	
嚥下					
その他	C7				
他害・自傷・自殺等					
その他					