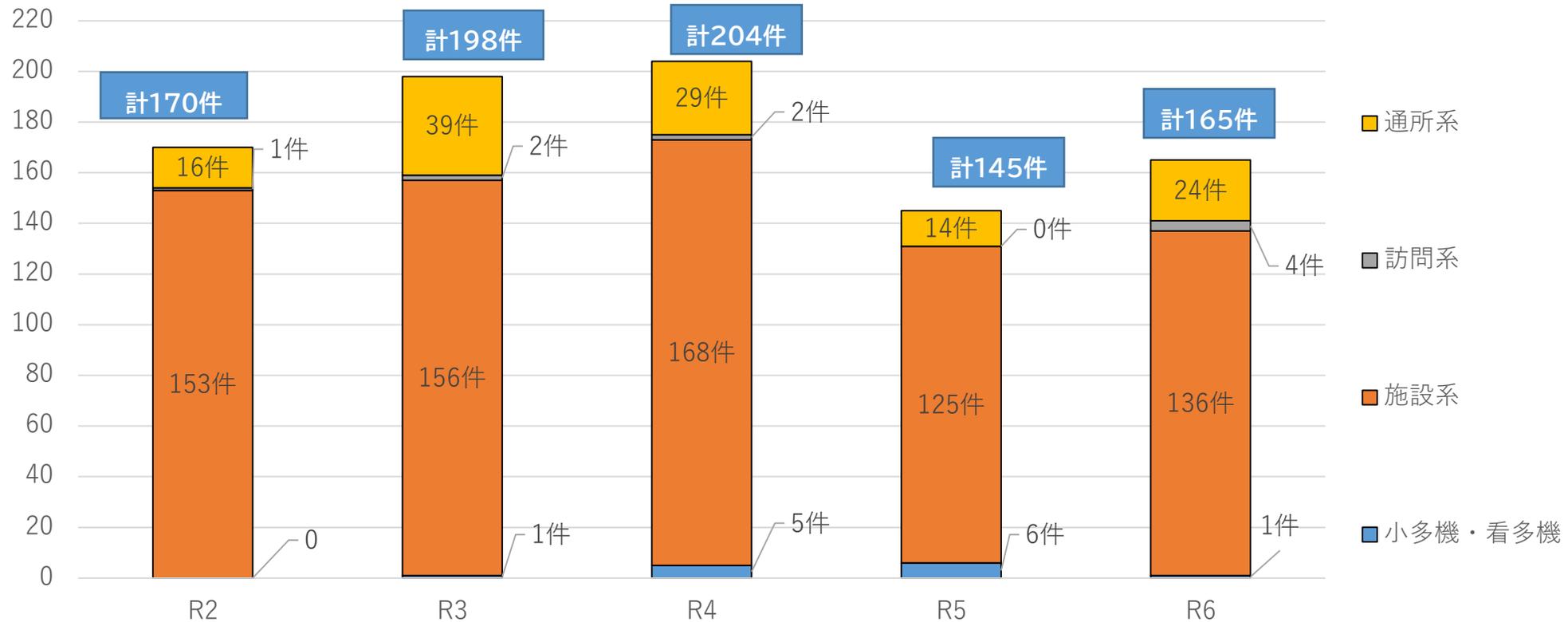


令和6年度

松阪市被保険者の事故について

\*この動画は、「VOICEVOX:剣崎雌雄」を使用して作成しています。

# 令和6年度松阪市被保険者の事故について



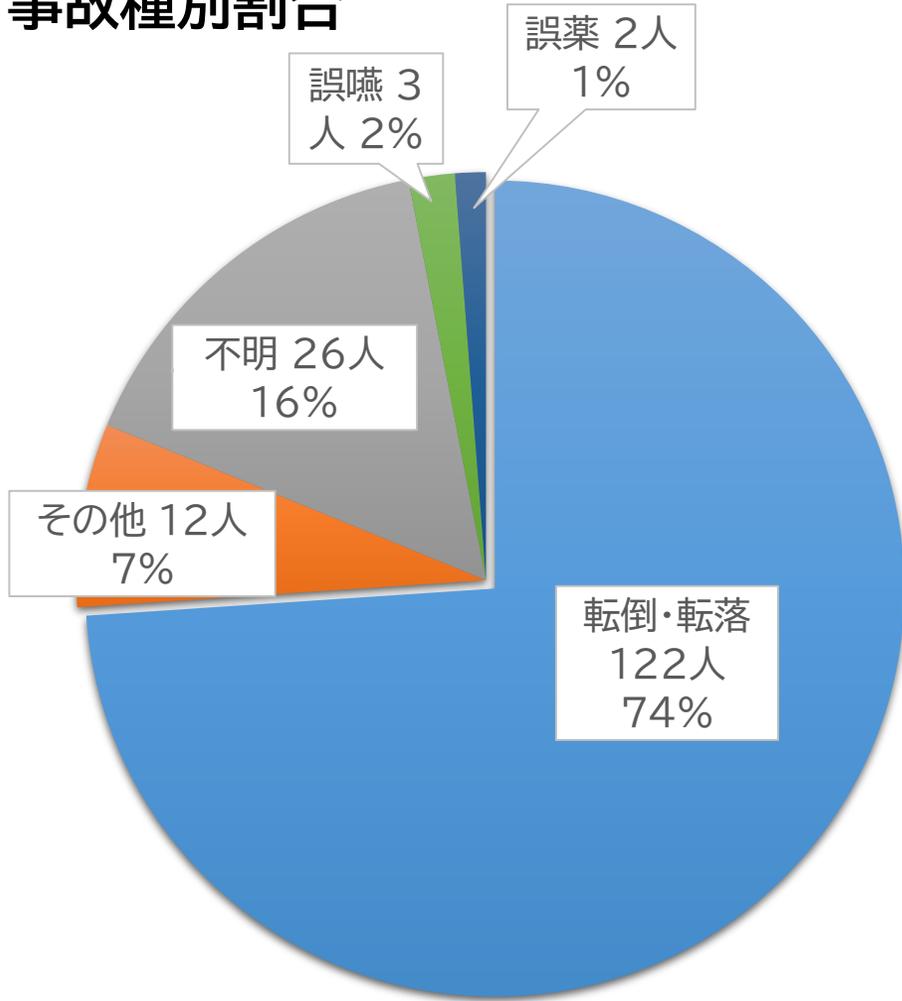
※感染症に関する報告は除く

※令和6年4月1日-令和7年3月31日に第一報が届いたもの

小多機・看多機:小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護  
 施設系:介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、短期入所生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護、特定施設  
 訪問系:訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護  
 通所系:通所介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護

# 事故種別割合・事故結果(全体)

## 事故種別割合



※その他内訳:  
 介助中と思われるもの9件、自傷行為1件、胃瘻自己除去1件、送迎車置き去り1件

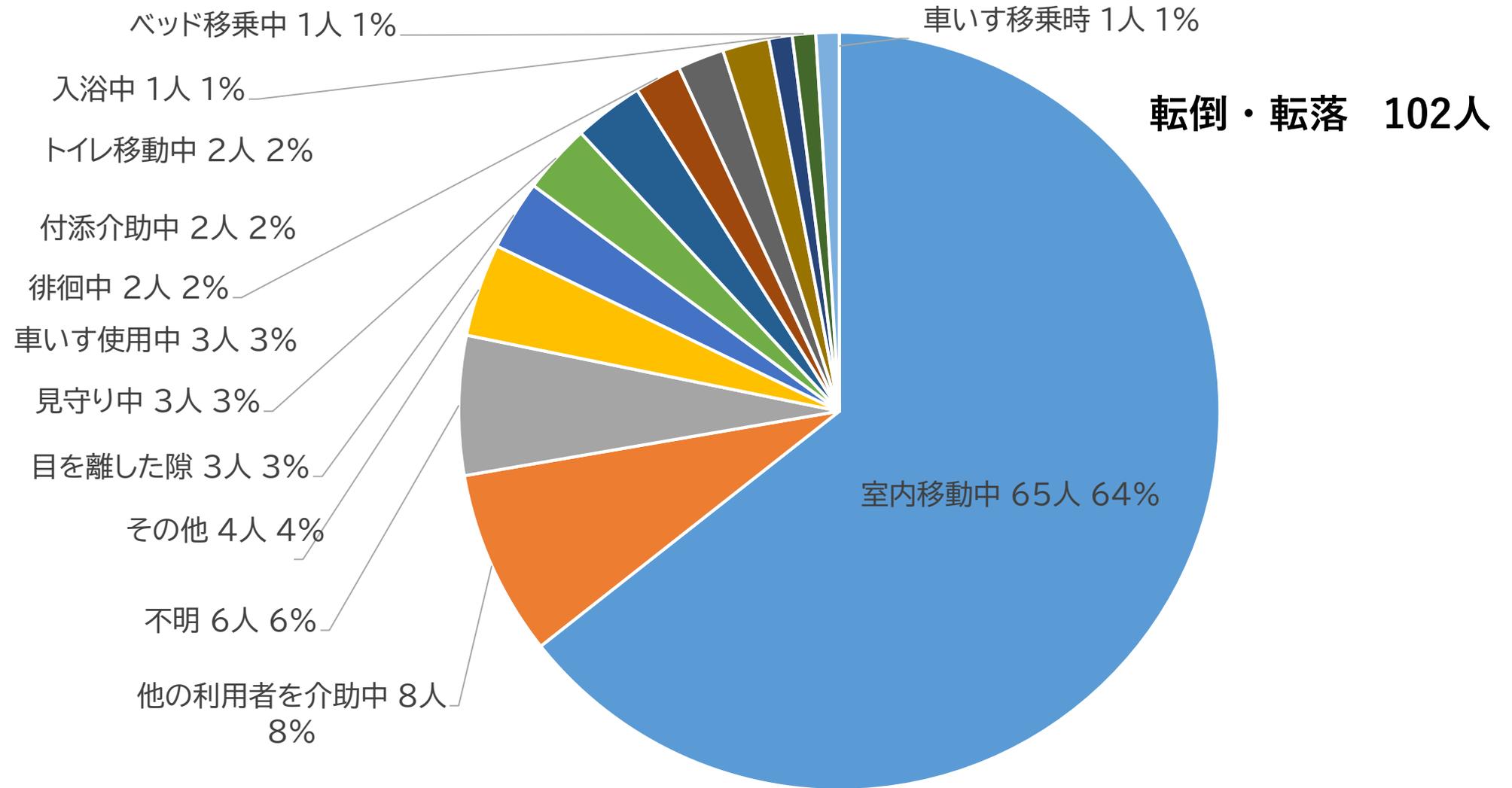
## 事故の結果

	骨折	打撲	切傷	その他	計	死亡
転倒	77	6	12	24	119	
転落	1	1	1		3	
誤嚥				3	3	2
誤薬				2	2	
医療処置						
離設						
不明	21		2	3	26	
その他	1	1	2	8	12	
計	100	8	9	48	165	2

※その他内訳

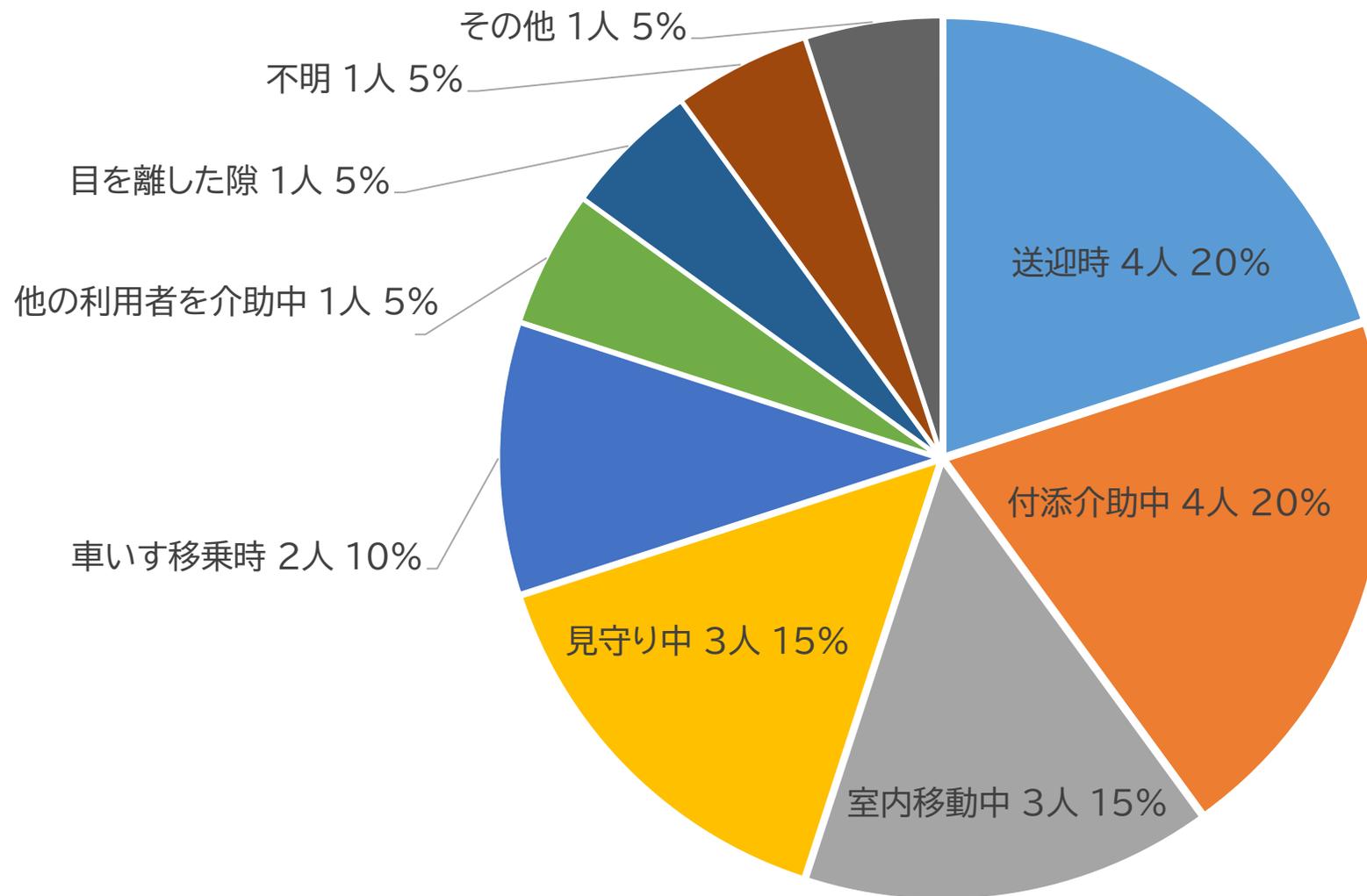
- ◆転倒:脳挫傷1件、ひび4件、血腫1件、異常なし18件
- ◆不明:ひび1件、異常なし2件
- ◆その他:異常なし8件

# 転倒・転落時の業務詳細(施設系サービス・小多機・看多機)



# 転倒・転落時の業務詳細(通所系サービス)

転倒・転落 20人



# 転倒・転落の事故事例について

	サービス種類	事故の概要	発生時間※1	発生場所 事故種別	事故の原因	再発防止策
1	認知症対応型共同生活介護	居室センサーあり居室に向かったところ、居室扉前で左側臥位で転倒されていた。左上腕近位端骨折。	日中	居室 転倒	トイレに急いでおり、早足であったのではないか。居室内の手すりが扉と同色の為、見えにくく扉を開けようとしたが掴みそこね転倒したのではないか。	手すり部分に黒色の滑り止めシートを巻き付け視認しやすく、掴みやすくする。また、居室ドア付近に掴まるところがないため、家具などの配置を見直す。
2	地域密着型特別養護老人ホーム	離床介助のため訪室したところ、ベッド足元側の下あたりで右側臥位の状態で転倒されていた。医療用ホチキスで5針縫合する切傷。	夜間	居室 転倒	普段は声掛けに反応されるが口数少なく、離着床の際は必ず介助を待たれる方だった。事故発生時は多弁で、「起きてこうと思った」と話されるなど自身で動こうとした様子。	センサー機能付きベッドに変更。また、活気がある時、多弁なご様子が見られる時は巡視を強化したり一旦離床し2階ホールなど見守りしやすいところで過ごしていただくようにする。
3	短期入所生活介護	起床の声掛けのため訪室したところ、床に右側を下にした状態で転倒されていた。右大腿骨頸部骨折。	夜間	居室 転倒	排泄動作は自立されていたため、自身でポータブルトイレに行こうとされたが、寝起きでしっかり覚醒されておらず足元が不安定であった可能性あり。また、ベッド脇のL字柵が閉じていたため、スムーズに降りることができなかった。他に、滑り止めマットの設置が不十分であった。	L字柵は本人が操作し閉めてしまうことがこれまでもあったとのこと。L字柵を開いた状態で固定する。また、滑り止めマットをしっかり固定。ポータブルトイレの位置を再検討する。

※1 日中7:00~21:00、それ以外の時間帯を夜間としています。

# 事故報告書の提出について

## 報告の対象

提出先は利用者の「**保険者**」

(利用者が存在しない場合(職員の不祥事等)は  
事業所所在市町)

(三重県作成:令和5年10月改訂版 介護保険相談・苦情・事故発生時の対応マニュアル  
<https://www.pref.mie.lg.jp/CHOJUS/HP/51046022922.htm> )

- ①死亡に至った事故
- ②医師(施設の勤務医、配置医を含む)の診断を受け、  
処置等何らかの治療が必要となった事故

(令和6年11月29日 介護保険最新情報vol.1332 介護保険施設等における事故の報告様式等について)

# 事故報告書の提出について

## 報告の対象

- 事業所の内外で発生した骨折、創傷などの負傷(医療機関で受診し治療を受けたものに限る)又は死亡事故
- 自然災害、火災、交通事故等
- サービス利用者が行方不明になった場合
- 職員の不祥事が発生した場合
- 食中毒及び感染症など法令等により保健所への通報が義務付けられている場合

(令和5年10月改訂版 三重県 介護保険相談・苦情・事故発生時の対応マニュアル)

# 「保健所への通報が義務付けられている場合」とは・・・

1. 同一の感染症若しくは食中毒によるまたはそれらによると疑われる死亡者または重篤患者が1週間内に2名以上発生した場合
2. 同一の感染症若しくは食中毒の患者またはそれらが疑われる者が10名以上または全利用者の半数以上発生した場合(1週間以内の累計を目安に)
3. 1および2に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、死亡者が発生した場合等、特に施設長が報告を必要と認めた場合

# 感染症等発生時に係る保健所への報告について

(令和6年4月以降)

## (1)初回報告

ア. 同一の感染症による又はそれらによると疑われる死亡者又は重傷者が1週間以内に2名以上発生した場合

イ. 同一の感染症の患者又はそれが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数移行発生した場合(1週間以内の累計を目安とする)

ウ. ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、死亡者が発生した場合など、特に施設長が報告を必要と認めた場合

(2)経過報告 毎日(初回報告後、終息するまでの間)

## (3)終息報告

最終の患者が判明してから、潜伏期間を見込んだ一定期間新たな患者が発生しなかった場合

(医保第07-32号 令和6年3月22日 令和6年4月以降の社会福祉施設等における感染症等発生時に係る保健所への報告について)

# 報告対象施設(高齢者施設)

- 養護老人ホーム
- 特別養護老人ホーム
- 軽費老人ホーム
- 認知症グループホーム
- 介護老人保健施設
- 介護医療院
- 有料老人ホーム
- サービス付き高齢者向け住宅
- 老人短期入所事業を行う事業所、老人短期入所施設
- 生活支援ハウス
- 老人デイサービス事業を行う事業所、老人デイサービスセンター
- 老人福祉センター
- 小規模多機能型居宅介護事業を行う事業所
- 看護小規模多機能型居宅介護事業を行う事業所

(医保第07-32号 令和6年3月22日 令和6年4月以降の社会福祉施設等における感染症等発生時に係る保健所への報告について)

# 保健所への報告が必要な感染状況となった場合

⇒保険者への事故報告書の提出が必要。

- 保健所へ報告されたら第1報、保健所への終息報告が完了したら経過を時系列に取りまとめたものを最終報告として提出。
- 複数対象者の内容を1枚の報告書にまとめるなどの取扱いも可。ただし、利用者については、氏名、年齢、介護度等の情報提供が必要。
- 感染者が従業者の場合、氏名欄を「職員」と記載。

# 事故報告書の様式

<https://www.city.matsusaka.mie.ip/site/kaigohoken/iikohoukoku.html>

介護保険

- [介護保険料](#)
- [介護保険関係の税控除](#)
- [介護サービスをご利用の方へ](#)
- [介護保険事業計画](#)
- **[地域密着型サービス事業所・居宅介護支援事業所の方へ](#)**
- [様式ダウンロード](#)



介護保険以外で困りごとを  
解消するサービス  
総合事業（事業所向け）

🔍 見つからないときは

🗨️ よくある質問と回答

## 地域密着型サービス事業所・居宅介護支援事業所の方へ

- 2025年4月11日更新 [介護職員等処遇改善加算について](#)
- 2025年3月27日更新 [変更・廃止・休止・再開について](#)
- 2025年3月14日更新 [居宅介護支援における特定事業所加算に係る基準の遵守状況に関する記録様式について](#)
- 2024年12月3日更新 **[事故報告について](#)**
- 2024年11月27日更新 [松阪市介護保険サービス事業者等への指導の実施について](#)
- 2024年11月25日更新 [協力医療機関に関する届出について](#)
- 2024年8月7日更新 [居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準条例について](#)
- 2024年7月10日更新 [令和6年度 松阪市介護保険サービス事業者等集団指導](#)
- 2024年4月1日更新 [地域密着型サービスの人員に関する基準について（研修要件）](#)

事故報告書（事業者→松阪市） (別紙)

※第1欄は、少なくとも1から4までについては詳細を記入記載し、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  
※第2欄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記入すること

提出日： 年 月 日

1 事故状況の報告		<input type="checkbox"/> 受診(再診・後診)、自衛隊や応急処置		<input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 死亡		<input type="checkbox"/> その他( )	
1 事故状況	事故にまつた被害者の発生年月日	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								
	所在地								
3 対象者の概要	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	提供者			
	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"/> III	<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	分限(24時間表示)	
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室)		<input type="checkbox"/> 居室(多休室)		<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・更衣室		<input type="checkbox"/> 機動調整室		<input type="checkbox"/> 施設敷地内の建築物外	
		<input type="checkbox"/> 敷地外		<input type="checkbox"/> その他( )					
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 転倒		<input type="checkbox"/> 転落、高差もれ等		<input type="checkbox"/> (自由記載3)			
		<input type="checkbox"/> 転落		<input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息		<input type="checkbox"/> (自由記載1)		<input type="checkbox"/> 不明	
		<input type="checkbox"/> 異常		<input type="checkbox"/> (自由記載2)		<input type="checkbox"/> その他( )			
5 事業所の対応	発生時状況、事故内容の記録								
	その他 特記すべき事項								
6 事故の対応	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(職員含む)が対応		<input type="checkbox"/> 受診(再診・後診)		<input type="checkbox"/> 緊急搬送		<input type="checkbox"/> その他( )	
	受診先	医療機関名	連絡先(電話番号)						
	医師名								
	医師内容	<input type="checkbox"/> 応急・救急搬送		<input type="checkbox"/> 打撲・挫傷・擦傷		<input type="checkbox"/> 骨折(部位: )			
		<input type="checkbox"/> その他( )							
	検査、処置等の概要								

1/2

# 提出用ページを利用した事故報告書の提出について



<https://logoform.jp/f/nhmMb>

個人情報保護の観点から、  
できる限り当ページの利用を  
お願いします。

※指導監督係・介護サービス事故報告

下記のフォームにご入力をお願いします。

サービス種類を選んでください 必須

事業所名を教えてください 必須

ご担当

- 訪問介護
- (介護予防) 訪問入浴介護
- (介護予防) 訪問看護
- (介護予防) 訪問リハビリテーション
- (介護予防) 居宅療養管理指導
- 通所介護

ご担当者様の連絡先を教えてください 必須

報告回数をお知らせください 必須

- 第1報
- 続報
- 最終報告
- 第1報兼最終報告

事故発生日をお知らせください 必須

事故内容を選んでください 必須

- 死亡事故
- 負傷事故
- 自然災害、火災、交通事故
- 利用者の行方不明事故
- 職員の不祥事
- 食中毒及び感染症
- その他

事故報告書を添付してください 必須

その他添付書類がある場合は添付してください (1)

その他添付書類がある場合は添付してください (2)

受付完了メールをご希望の場合は、メールアドレスを入力してください

メールアドレス

メールアドレス (確認)

→ 確認画面へ進む

入力内容を一時保存する

本フォームのお問い合わせ先: 松本市介護保健課 電話番号: 059-63-4190 メールアドレス: kalgndiv@city.matsuyama.mik.jp 受付時間: 08:30 ~ 17:15  
Powered by Logoフォーム・All Rights Reserved. Copyright © Matsuyama City 情報公開 プライバシーポリシー