

介護保険サービスに関する事故等

●利用者の自殺及び死因等に疑義の生ずる可能性がある死亡 1 件

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
特定施設入居者生活介護	◆死因等に疑義が生じた事故 22 時頃、対象者(80 歳代、要介護 5)のおむつ交換のために訪室した。ベッド上で寝ており、青い顔色で呼吸をしていなかった。声かけにも反応がなかった。対象者の向きは、確かな記憶ではないが、うつ伏せではなかった。 対象者は、アルツハイマー型認知症。 ベッド上でよく動き、転落が多いため床にマットレスを敷いて対応している。車いす移動。	発見直後、内線で 2 階の夜勤者に連絡し、救急車の要請、かかりつけ病院と家族への連絡を行った。その間、救急隊が来るまで心臓マッサージを行った。 22 時 12 分頃、救急隊到着。 22 時 20 分頃、家族到着後、病院に搬送された。 22 時 50 分頃、病院より死亡確認との電話があった。	死因が急な体調変化であり、適切に対応しているため、市からの助言は特になし。

●利用者の縫合を要する外傷及び骨折等 11 件（抜粋）

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
介護老人福祉施設	◆施設内での外傷事故 9 時 40 分頃、対象者(90 歳代、要介護 3)の入浴時に左足首に腫れと内出血を発見した。対象者から外踵に疼痛の訴えがあった。 対象者は、車いすを自操しトイレへ行くことがあり見守りをしている。機能訓練は歩行器で歩行練習をしている。アルツハイマー型認知症のため、短期記憶が曖昧。明らかに転倒した場面や強く足をぶつけた状況は確認していない。	施設の看護師が、両膝、左足関節、外踝に皮下出血痕や腫脹等があることを確認した。その後、家族と相談し、同日 11 時 30 分頃に病院を受診。検査の結果、左腓骨遠位骨幹部骨折、第 1.2 楔状骨骨折と診断され、外固定での保存療法となった。	認知症のかたであり、自身が骨折して経過観察中であることや、転倒リスクが高い状態であることの認識が難しいことから、引き続き見守りを強化すること。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
短期入所療養介護	◆施設内での外傷事故 10時半頃、対象者(90歳代、要介護3)が施設に到着時に、片脇より歩行介助にて誘導。椅子に座る際、介助者も支えきれず、バランスを崩し左側より転倒した。 対象者は、認知症があり短期記憶は難しいが、その場の会話は成立し理解可能。歩行はふらつきがあり、一部介助が必要。長距離歩行は車いすが必要。	痛みの確認を行うも訴えがなかったため、サービスを継続した。 数日後、対象者より痛みの訴えがあったため、家族に連絡した。 病院を受診。左大腿骨頸部骨折の為入院、その後手術となった。	サービス利用が初回のかたでも、事前に職員同士で情報を共有すること。家族への連絡に関し、再度マニュアルの確認をすること。
認知症対応型共同生活介護	◆施設内での外傷事故 15時50分頃、対象者(80歳代、要介護3)が他の利用者と共に、居間にて車いすに座り映画鑑賞をしていた。職員が少し目を離した際、ドンという音が聞こえ、確認すると対象者が車いすから離れた所で四つん這いになっていた。周りの利用者によると、立ち上がろうとして転倒し、他の利用者の膝に顔を打ち付けたとのこと。対象者は右頬に1cmの裂傷が見られ、出血していた。対象者の顔が膝にぶつかった他の利用者は、下肢の痛みを訴えていた。	15時55分頃、看護師がボディチェックを実施。両膝、左足背に打撲痕があるが疼痛はなく、下肢については様子観察とした。右頬には皮下出血と腫脹、斜めに1cmの裂傷出血が見られたため、滅菌ガーゼで止血し、アイシングを行った。徐々に腫脹・皮下出血が増悪し、裂傷部からの出血も続いたため受診した。CT検査にて、右眼窩底骨折と診断され、保存療法となった。	日常的に立ち上がろうとする場面が多いことから、見守りだけでなく、車いすに取り付けられるチェアセンサーの導入を検討すること。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
介護老人保健施設	◆施設内での外傷事故 2時40分頃、対象者(90歳代、要介護4)の離床センサーが感知しコールがあったが、職員が他の利用者の介助中であつたため、コールから3～5分程遅れて訪室すると、対象者がベッド足側に頭部がある状態でベッドと平行に仰臥位で倒れていた。対象者は就寝時に外しているはずの眼鏡をかけた状態だった。 対象者は、アルツハイマー型認知症。	車いすへの移乗を介助し、痛み確認とバイタル測定を実施した。痛みの訴えや、両足の見た目の異常が無いため就寝した。起床時は痛みの訴え無く、いつもと変わらない様子だった。朝食後のトイレ介助の際、右足を痛がる様子があった。看護師による状態観察後、医師より病院受診の指示を受けた。 病院を受診し、右大腿骨骨折と診断。	コールがあつた際は、なるべく早く訪室し、転倒を防ぐこと。また、対象者のこだわりについては、柔軟な対応に努めること。
認知症対応型共同生活介護	◆施設内での外傷事故 10時20分頃、対象者(90歳代、要介護1)がトイレに向かう歩行時に、掃除機のホースに足を取られ横転し、右股関節の辺りの疼痛の訴えがあつた。その後、様子を見たが17時18分頃、夕食前に嘔吐及び発熱があつた。 対象者は、普段はふらつきながら独歩。認知症があり、日常的に声かけや説明等が必要。	転倒時、職員によりバイタル測定及び負傷部位の確認を実施。夕食前の嘔吐・発熱時には、転倒時の頭部打撲も疑われたため、看護師・主治医に確認の上、救急要請した。搬送先病院にて右大腿部付け根付近の骨折が判明し、入院。	普段から歩行にふらつきがあり、今後でも転倒リスクが高いため、可能な限り付き添い、安全な移動介助に努めること。利用者の活動中の掃除機使用について、配慮すべき事項を整理すること。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
介護老人福祉施設	◆施設内での外傷事故 11 時 30 分頃、対象者(80 歳代、要介護 5)の昼食時、ベッドから車いすへ移乗しようとしてリフト(床走行式)を使用した。その際、リフトが揺れ、側面からそのまま転落した。 対象者は、全般的に介助が必要で、円背が大きく、肩・膝・股関節の拘縮が強い。	転倒後、二人介助にてベッドへ移乗。看護師へ連絡し、バイタル測定および外傷確認。頭部に出血が 2 カ所あり、ガーゼ処置された。 12 時頃、家族へ連絡し、その後、脳神経外科受診の結果、右脛骨骨折の診断。 帰設後、家族へ報告し、入院設備を備えた病院の受診意向を確認の上、緊急搬送にて受診。足をできるだけ動かさないように経過観察となり、帰設。 家族と面会、事故の経過報告と謝罪を行った。	リフトでの移乗については、特に安全性に注意し、入居者の特性やリフトの基本的な知識、環境も含めた状況把握などを熟知したうえで使用すること。 リフト操作の研修により使用方法が浸透するまでの当面の間、二人介助にて対応することを聞き取った。
短期入所療養介護	◆施設内での外傷事故 対象者(70 歳代、要介護 1)が、ショートステイ入所。13 時 45 分頃、体重測定のため、居室のベッド横で体重計に乗り、測定後ベッドに座るよう声をかけた。体重をメモするために一瞬目を離れたときに左側に転倒した。左からしりもちをつき、その後、壁に頭をぶつけた。 対象者は、普段はシルバーカーを使用して歩行。認知症は軽度で、その場の会話は成立する。	左側の腰と足の痛みで動けない状態のため、応援を呼び、ベッドに横にならせた。看護師に報告し、医師の診察の結果、外部医療機関へ受診の指示があった。 14 時頃、家族に連絡。病院で合流した。 14 時 30 分頃、病院に救急搬送。レントゲン撮影の結果、左大腿部の骨折で入院となった。	見守りを強化し、再発防止に努めること。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
短期入所生活介護	◆施設内での外傷事故 9 時頃、対象者(60 歳代、要介護 5)の入浴のため、車椅子からシャワーチェアへ移乗介助を行った際、対象者から「シャワーチェアに足が当たった。」との訴えがあった。当たった部位を確認するも外傷や腫れはなく、痛みについて確認するも「大丈夫。」とのことであった為、そのままシャワー浴を行った。10 時頃、対象者から痛みの訴えがあり、確認すると右下腿外側に打撲皮下出血(1.5 cm)の腫れがあった。	打撲皮下出血の腫れに対しクーリングを実施。その後も痛みは引かず、次第に皮下出血部の腫れが膨張(15 cm大)した為、11 時頃対象者の主治医に確認し、病院受診の指示を受け、救急搬送となった。家族に連絡し、事故の様子を伝えた。搬送後に緊急手術になったが、骨折ではなく、投薬に起因する症状憎悪によるものとのこと。	事案の共有や事故発生時の対処方法の再確認等により、再発防止の取組を進めること。
介護老人福祉施設	◆施設内での外傷事故 10 時 15 分頃、対象者(80 歳代、要介護 4)を手引き歩行中、ナースコールが頻回に鳴っていたため、PHS を確認しようと片手を離した。介護職員は対象者に止まることを伝え、対象者も「うん」と答えたが、対象者は前に進もうとして、脚がもつれるようにバランスを崩した。手引きをした状態のまま左側臥位でゆっくり床に倒れ込んだ。 対象者は、アルツハイマー型認知症。日常生活は声掛け、介助が必要で、手引きでの歩行は可能。	10 時 20 分頃、近くにいた職員 2 名とともに、車いすへ平行移乗を行い、外傷・痛みを確認したが外傷、痛みともなかった。その後、バイタル測定を行い様子を観察した。 11 時頃、起立時に左下肢への荷重を避けている様子が見られた。数歩の歩行はできるが、それ以上は座り込もうとしてしまうので、歩行での移動は見合わせ、車いす移動とした。 16 時頃、整形外科を受診。レントゲン検査の結果、左大腿骨骨折、手術が必要との診断を受けた。	介助中に他の対応を行う場合は、対象者に座ってもらうなど、安全な状況を確認してから行うこと。他の利用者も含め、靴が合っているかは日頃から確認すること。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
通所介護	◆送迎時の外傷事故 8 時 50 分頃、対象者(80 歳代、要介護 2、身体障害者手帳 4 級)を送迎車で迎え、乗車後、次の利用者宅へ向かう途中、車内でドスンと音がしたため、運転手が確認すると対象者が右肩を下にし床に倒れていた。シートベルトごと倒れていたため、なんらかの要因でゆっくり倒れたと推察された。すぐに起こし、座席に座らせ声をかけると大丈夫とのことだったので事業所に送った。	事業所到着後、看護師による観察。腫れはなく、多少痛むが大丈夫とのことでもいつも通り横になった（いつも到着後はベッドで横になる。）看護師が 20～30 分おきに様子を観察した。 11 時頃、腫れが見られたため、家族及びケアマネジャーに骨折の疑いがある旨を報告した。 13 時頃、家族と相談のうえ自宅へ送った。 17 時頃、家族付き添いで整形外科受診。レントゲン診察の結果、右肩鎖骨骨折の診断。2 週間は絶対固定・安静。手術は全身麻酔が難しいため回避した。	他の利用者も含め、体調や様子に配慮し、職員間での情報共有に努めること。
認知症対応型共同生活介護	◆施設内での外傷事故 5 時 50 分頃に、物音を聞きつけてスタッフが対象者(90 歳代、要介護 4)を訪室すると、押し入れ側に頭がある方向で床に横たわっていた。声かけに対し、右肩をさすり痛みの訴えがあった。	往診医診察。対象者からは右肩痛の訴えがあるも下肢をさする行為があり、下肢も併せて診察したが、骨折しているか判断がつかず様子観察となった。家族に報告したところ病院受診を希望しなかったため、往診医と再度相談の上、様子観察となった。 後日病院を受診し、右足骨折の診断となった。	認知症状が進行している様子であり、病状認識も薄くなっていることから、立ち上がりからの転倒リスクも考慮し見守りを強化すること、また、痛みの訴えも曖昧になるため、早期の病院受診をすること。

●利用者の行方不明 7 件

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
特定施設入居者生活介護	◆利用者が施設から出てしまった事故 20 時 7 分頃、対象者(90 歳代、要介護 3)の施設を警察官が訪ねてきて、「向かいの店舗から、高齢者を保護したと通報があった。居室を確認してほしい。」と言われ、確認すると対象者は不在。本人確認し、スタッフと一緒に施設に戻った。警察の説明では、19 時 45 分頃に通報があり駆けつけたとのこと。 対象者は、コミュニケーション可能だが認知症状があり、短期記憶は乏しい。杖歩行で自身で移動可能。	保護後、ボディチェックを行うが外傷はなかった。 20 時 15 分頃、家族に連絡し状況の報告と説明を行った。	定期的な鍵のチェックを徹底すること。(食堂窓の定期チェック、居室も含めた窓ロックの設置等。) 外に出ようとする行動が見られた場合は、今後も声かけに努めること。
地域密着型通所介護	◆利用者が施設から出てしまった事故 13 時 30 分頃、対象者(80 歳代、要介護 1)が施設内におらず、行方不明になった。	行方不明に気付いたあとすぐに探しに行き、事業所敷地から 50m ほど離れた場所で発見した。家族、ケアマネジャーに連絡。対象者のボディチェック等の結果、左手の人差し指に切り傷があり、消毒処置等を行った。	利用者ごとの性格や特性をふまえ、見守りを含むサービス提供を行うこと。
地域密着型通所介護	◆利用者が施設から出てしまった事故 8 時 30 分頃、対象者(70 歳代、要介護 4)がデイサービス利用中、対象者が施設内にいないことに職員が気付いた。すぐに職員がデイサービスの外に捜索に行くと、50m 程離れた歩道で対象者が地面に倒れており、通行人が保護している所だった。	職員が気付いて駆けつけると、対象者が転倒しており、通行人が救急車を手配していた。鼻と頬に擦り傷ができていたが、対象者の意識は明瞭だった。職員が同乗して搬送先の病院で検査を受けたが、レントゲン・CT 検査の結果は正常。擦り傷に消毒処置を行い、施設に戻った。	特に職員の配置が手薄となる時間帯は、玄関扉の施錠を確実に実施し、全体を見通せる職員配置を行うことで、事故の防止に努めること。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
地域密着型 通所介護	◆利用者が施設から出てしまった事故 13時10分頃、対象者(80歳代、要介護1)がデイサービスで昼食後にトイレを利用した後、一人で外出。約10分後、対象者が居なくなっていることにスタッフが気づき、手分けして探すも見つからず。対象者のバッグ(GPS装着の携帯電話入り)は置いたままだった。 家族、ケアマネジャーへ連絡し、交番へ届出、その後、家族からも警察署へ届出をした。 対象者は、認知症だが会話は成り立つ。自立歩行でADLはほぼ自立。以前にも一人で出かけて、道が解らなくなり、GPSで居場所を把握した家族が迎えに行ったことがある。 施設の体験利用中であり、施設はこれらの情報を把握していなかった。	15時58分、警察署より「学校前で転倒していた為、学校職員が救急隊を要請した」旨連絡あり。その後、救急隊から家族に連絡が入り、外傷の状況を聞き家族が搬送を断った。警察署で施設職員が対象者と対面した。 17時15分頃、施設職員と家族が同行し、脳神経外科受診。触診、レントゲン撮影、MRI検査の結果、異常なしと診断があった。転倒原因となり得る脳疾患も特になしとの診断だった。	体験者であっても、利用者の情報は事前によく確認すること。今回の件を施設内で共有し、注意喚起すること。
通所介護	◆利用者が施設から出てしまった事故 17時頃、対象者(70歳代、要介護3)が離脱し約25分後に発見。 対象者は自立歩行。認知症で、コミュニケーションは曖昧、状況判断・危険予測等は困難。GPSを身につけている。	離脱を確認直後に連絡した家族から、GPSによる位置情報の共有を受け発見。 対象者は、路上で転倒して出血し、通行人の通報により、救急搬送されていた。	担当職員が、緊急対応等で離れ、一時的に見守りがなくなった間に事故が起きたことから、どういった場合に誰が優先して戻るか決めておく等、注意喚起以外の対応策も併せて検討すること。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
通所介護	◆利用者が施設から出てしまった事故 13 時 30 分頃、対象者(70 歳代、要介護 3)が自席に座していることを確認したが、13 時 50 分頃、対象者の姿が見当たらないことに気づいた。 当日は利用者が 30 人弱で、職員が 5～6 人いたが、イベントの準備や、トイレ誘導などの対応もしており、見守りが手薄な状態であった。 対象者は言語障害と認知症がある。	施設内を探し回るが見つからなかったため、施設を出た可能性が高いと判断し、施設近辺を探したが見つけられなかった。他の職員にも要請し、捜索を開始。 14 時頃、家族、ケアマネジャーなどへ連絡。 14 時 10 分頃、近くの幹線道路付近にて対象者を発見した。対象者に怪我等はなく、歩行状態・精神状態にも変わりはない。 14 時 15 分頃、対象者の家族へ発見したこと、怪我等がないことを報告した。	認知症のあるかたは突然の動きをすることも想定されるため、見守りを強化すること。
認知症対応型共同生活介護	◆利用者が施設から出てしまった事故 15 時頃、おやつの声掛けに対象者（80 歳代、要介護 2）の居室を訪室するが不在。建物内（別フロアを含む）を探すが見当たらなかったため、必要最低限のスタッフを残し、全員で外に探しに行った。	15 時 10 分頃、近隣の民家前で座しているところを発見。近隣住民が、転びそうになっていた対象者を見つけて声を掛け、警察に通報していた。 施設から運んだ車椅子を使い、施設に戻った。	対象者が外に出ようとしている場合は必ず声かけを行い、見守りを強化するとともに、再発防止に取り組むこと。

●利用者の誤嚥・異食、誤薬・与薬漏れ等 19 件

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
介護老人保健施設	◆施設内の誤嚥事故 15 時頃、食堂でおやつを提供。対象者(80 歳代、要介護 3)は職員からは背中が見える位置に座っていた。 15 時 15 分頃、おやつ摂取後、歩行しふらつき、転倒しそうになったところを職員が支えた。意識を消失しており顔面蒼白。呼吸しておらず唇にはチアノーゼが出ていた。 職員 3 人で抱えてベッドへ臥床させ、医務と相談員に報告した。	15 時 30 分、居室のベッド上で状態を確認。浅表性呼吸、上半身手先までチアノーゼが出ていた。 看護師が口腔内吸引を実施したところ、紙おむつ内容物が多数吸引された。おやつを食べた後に、対象者自身が使っている尿取りパッドをむしって食べたと思われた。上半身チアノーゼが軽減し、呼吸も少し戻り声を出す。意識は戻らず、並行して AED 装着するも「心臓マッサージの必要なし」とアナウンス。酸素 2L 酸素マスクで投与。相談員が救急要請を行った。 15 時 45 分頃、家族に連絡。 16 時 15 分頃、病院で検査。 17 時 53 分時点で、「意識は戻り始めたが左の肺が炎症を起こしており、食道にもオムツの欠片が残っている。運ばれたときには痙攣を起こしていた状態や、オムツの菌を飲み込んでいることから悪化する可能性も考えられる。抗生物質での治療となる。」と医師から説明を受けた。 誤嚥性肺炎のためそのまま入院となった。	見守りを強化し、再発防止に努めること。
小規模多機能型居宅介護	◆利用者宅への訪問忘れによる与薬漏れ 対象者(80 歳代、要介護 1)のデイサービス送迎のために職員が訪問した際、前日分の残薬を発見した。訪問記録を確認したが、前日の朝の訪問を事業所が失念していたことが発覚した。	後見人と訪問看護師への報告を行った。	勤務体制の把握・確認を徹底して行うこと。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
認知症対応型共同生活介護	◆施設内の配薬忘れ 18時30分頃、介護職員が対象者(80歳代、要介護3)の夕食後の薬を配薬し忘れた。 翌日15時頃、別の介護職員が前日の配薬忘れに気が付いた。	配薬忘れに気が付いた後、すぐに看護職員に報告を行い、様子観察を行った。管理者から家族に報告を行い、状態に変化があれば改めて連絡すると伝えた。その後、状態の急変等はなかった。	事案の検証を発生後の2ヶ月後に実施しており、その間に同様の予約漏れが発生している。検証のタイミングが遅いのではないかと。残薬確認という基本的な事項であり、職員に即座に周知徹底すべきこと。
認知症対応型共同生活介護	◆施設内の配薬誤り 17時40分頃、職員が対象者(80歳代、要介護3)の夕食後薬について、配薬ケースへ誤って2日分入れた。各薬包には氏名と正しい配薬日時を記載していたが、当日分と翌日分を、対象者へ服薬させた。	翌日の配薬作業時、職員が薬がないことに気づく。看護師に報告し、対象者の状態確認を実施。バイタル値に特変なし、不調等の訴えはなかったため、経過観察となった。 翌々日13時30分頃、対象者の家族とかけつけ医及び薬局へ電話にて報告した。	容器変更、目視の徹底等を早急に行い、再発防止に取り組むこと。
認知症対応型共同生活介護	◆施設内の配薬忘れ 16時頃、対象者(100歳代、要介護2)の朝食後薬が薬ケースに残っていることを、夕食後薬をセットをしていた職員が見つけた。前日にセットができておらず、服用後の空袋もないことから服薬の確認もできていなかった。	16時頃、与薬漏れ発覚。 17時頃に出勤してきた管理者に報告。管理者より看護職員に報告し、様子観察と指示あり。管理者より家族に与薬漏れ状況を報告。様子変化があれば連絡すると伝えた。急変等体調の変化ないことを翌日確認した。	服薬は、体調管理をする上で最も重要なことのひとつである。薬ケースに残薬が残っていないかの確認漏れがないよう役割を明確にするとともに、職員が各利用者の与薬状況を的確に把握する仕組みを構築すること。また、職員間で引き継ぎが確実に行われるよう、管理体制を構築すること。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
小規模多機能型居宅介護	◆施設内の服薬確認漏れ 6時30分頃、対象者(90歳代、要介護5)の起床介助を行う際、車いすの上に薬が1錠落ちていることに気付いた。	8時45分頃、夜勤職員から日勤職員への申し送りを行い、服薬漏れについて共有した。 9時30分頃、看護師への報告を行い、様子観察することとなった。 19時30分頃、家族へ電話で事故の経緯について説明し、謝罪した。	服薬介助の際には嚥下するまで確実に確認を行うこと。
介護老人福祉施設	◆施設内の配薬誤り 12時30分頃、対象者(70歳代、要介護5)の隣ユニットの職員が、ユニット全員分の薬が入った翌朝分のウォールポケットを誤って冷蔵庫にかけ、その内容の確認を怠ったユニット職員が誤って服薬介助を行った。	看護職員に報告し、医師に誤薬があったことを報告。様子観察の指示を受け、バイタル測定。水分を多めに摂取しながら様子観察を行った。	命に関わる重大な事故につながる危険性も高いため、服薬管理の徹底や、職員への研修や個別の指導を行うなど、事故発生を繰り返さない体制を整備すること。
特定施設入居者生活介護	◆施設内の配薬誤り 8時10分頃、対象者（80歳代、要介護4）と他入居者が食事後、個別に服薬介助を実施した。対象者の服薬が終わり、他の入居者の服薬介助時、薬ファイルを確認したところ、対象者の薬が残っており、他の入居者の薬を対象者が服薬した事がわかった。服薬の際に確認を怠り誤薬が起きた。	8時45分頃、介護職員より看護職員に連絡。看護職員による確認の後、往診医の指示のもと様子観察を行い異変はなかった。往診医から服薬した薬は体調が急変する可能性は低いものであり様子観察の指示があった。 9時45分頃、介護職員が管理者に事故の報告をした。 10時40分頃、家族に連絡し、謝罪と共に医師からの指示についての報告を行った。	利用者の顔を覚える機会を確保し誤薬を防ぐとともに、服薬時の本人確認等のルールを必ず遵守するよう周知すること。また、複数職員で確認する体制を検討すること。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
小規模多機能型居宅介護	◆施設内の配薬誤り 対象者（90歳代、要介護3）の薬ケースから薬カレンダーにセットができておらず、食後の服薬介助をしたスタッフは、夕食後の服用薬が2袋あることを認識できていなかった。 翌日12時頃、前日分の夕食後薬2袋のうち1袋が薬ケースに残っていることを、当日の夕食後薬をセットをしていた職員がを見つけ、与薬漏れが発覚した。	発見した職員が管理者へ報告。同時に家族へも報告した。与薬が漏れた薬は緊急性はないため、管理者判断で様子観察とした。以降の異常は認められなかった。	服薬は、体調管理をする上で最も重要なことの一つであることから、まずは職員が各利用者の与薬状況をしっかりと把握することとして、服薬管理表のわかりやすさを工夫すること。マニュアルは誰もが見られる環境下に置くこと、職員2人で確認し配薬記録を徹底すること。
介護老人福祉施設	◆施設内の配薬誤り 対象者（90歳代、要介護4）は坐薬2錠を1日2回処方されており、日付と挿肛時間が記載された台紙に貼られ、冷蔵庫内ポケットに用意されていた。 職員が朝9時に挿肛予定の坐薬2錠を、朝・夕2回分と勘違いして1錠のみ挿肛し、夕方に職員が確認した際に朝分の1錠が残っていることを発見した。	誤薬に気づき支援員から医務に報告。特に痛みの訴えもなく体調の変化もないことを看護職員に報告し、残薬を回収。追加挿肛などの指示もなし。 翌日来所した家族に事情説明を行うと共に、謝罪した。	服薬指示や使用量・日付などをきちんと確認すると共に、職員間でも情報共有や申し送りを徹底し、服薬情報などが分かりやすく間違いなく把握できるよう努めること。
小規模多機能型居宅介護	◆施設内の配薬忘れ 17時30分頃、事務所の薬管理棚にある対象者(90歳代、要介護5)のケースに薬がセットされていなかったため、職員2名で薬をセットしようとしたところ、薬袋に前日の朝薬が1袋残っているのを発見した。	18時頃、家族へ薬の飲み忘れがあったことを報告した。	服薬確認を徹底し、再発防止に努めること。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
小規模多機能型居宅介護	◆施設内の配薬誤り 8時半頃、出勤後の看護師が対象者(80歳代、要介護認定新規申請中)の服薬状況を確認をした際に、当日分の朝食後と夕食後の薬を重複して服用している事に気づいた。	対象者の体調確認（血圧測定、体温測定）し、著変はないことを確認。家族への連絡及び職員へ報告。調剤薬局へ連絡し、動悸があれば、水を飲ませて安静にさせておくように指示があったが、動悸の症状は見られなかった。	命に関わる重大な事故につながる危険性も高いため、服薬管理の徹底など事故発生を繰り返さないよう体制整備すること。
介護老人保健施設	◆施設内の配薬誤り 8時頃、対象者(80歳代、要介護3)の居室への配膳時、対象者より排泄の訴えがあり、一旦、お膳を対象者の床頭台に置き排泄介助を実施した。 8時20分頃、そのままお膳の名札を確認せず、配膳した薬を介助にて服用した（本来なら、薬にも記名されているが、この日は記名なしであった）。 8時50分頃、次の利用者の居室へ配膳する際、名札を確認すると先ほど介助した対象者のお膳であることが発覚し、誤薬に気づいた。	8時50分頃、看護師に報告、対象者の状態確認を実施。対象者は居室内の椅子に座り後方にうなだれ、呼吸減弱、全身蒼白、脱力状態、呼名に返答なし。瞳孔反射ありのため、看護師により、バイタル測定、ルート確保を施行。酸素マスク開始及び生理食塩水で輸液開始。 病院へ救急搬送。 11時頃、病院医師より報告があった。対象者の意識レベルの低下は、誤って服用した薬が原因となっている可能性が高く、半減期は3時間半ほどだが、高齢者のため、明日の朝頃覚醒予定とのことだった。 翌日12時30分頃、病院を退院。	再発防止策は実行済であることを確認。当時、感染症発生により、通常対応と異なっていたが、再度マニュアルの確認や周知徹底を行い、再発防止策を徹底すること。
訪問介護	◆利用者宅訪問時の配薬誤り 18時15分頃、対象者(80歳代、要介護3)にヘルパーが、翌朝分の薬を誤って飲ませた。訪問記録用紙（申し送り）の確認不足によるもの。1週間後に発覚した。	発覚後、ケアマネジャー、家族へ報告。ケアマネジャーから訪問看護事業所に報告した。	伝達ミスによる事案であり、わかりやすい手順書への修正、携わる方のコミュニケーションを密に取っていくこと。また、事故発覚後から市への報告が1ヶ月近く後になっており、事故後は速やかに市に報告すること。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
介護老人福祉施設	◆施設内の配薬誤り 12時10分頃、昼食後、他の入居者に気を取られ、薬袋に記載されている名前を確認せず、また薬の種類が合っていたことから対象者（90歳代、要介護5）2名の薬だと思いこみ、対象者2名の薬をそれぞれに誤って配布し、本来、2袋を服用する対象者に1袋与薬し、1袋を服用する対象者に2袋与薬した。	服薬後、誤っていることに気づき、看護職員に連絡。2袋の服用が必要な対象者には、予備の薬を与薬した。過剰に与薬された対象者については、医師の指示により経過観察。その後、対象者の体調に変化はなかった。家族へ架電するも繋がらず、メールにて報告しお詫びした。	具体的な再発防止策を講じ、取り組むこと。
特定施設入居者生活介護	◆施設内の配薬誤り 8時30分頃、対象者(90歳代、要介護3)の朝食摂取後、誤って他利用者の薬を服用させた。対象者の薬が残っていたことにより、事故発覚。	誤薬発覚直後に医院に連絡。胃薬・痛み止めの内服と様子観察の指示があった。その後状況変化なし。同日、家族に報告した。	全職員に配薬マニュアルを周知徹底すること。
小規模多機能型居宅介護	◆施設内の配薬忘れ 18時頃、職員が対象者(80歳代、要介護4)の夕食と眠前薬、翌日の朝薬を準備していたところ、朝薬が1錠タッパー内に残っているのを発見した。	18時頃、家族に報告を行った。 18時30分頃、夕食後に朝薬とあわせて内服介助を行った。	マニュアルは整備されているとのことだが、実際の運用状況を把握するチェック機能が整備されていないことが、事故の再発につながっている可能性がある。再発防止策を徹底すること。
小規模多機能型居宅介護	◆施設内の服薬確認漏れ 10時30分頃、訪問職員が対象者（90歳代、要介護1）に内服薬を手渡した。空袋を職員がゴミ箱に捨てたが、残薬（内服漏れ）があることに気が付かなかった。	翌々日11時頃、他の職員が訪問中、ゴミ袋の中に薬が残っていたため、内服漏れがあったことに気が付き、残薬を持ち帰って後見人と訪問看護事業所への報告を行った。	全職員への研修とマニュアルの再徹底を早急に行うとともに、服薬介助を行う際の前後の確認を徹底して行うこと。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
認知症対応型共同生活介護	◆薬剤投与実施日の誤り 11 時頃、看護師が対象者（80 歳代、要介護 1）に 2 週間に 1 回の皮下注射を施行した。 13 時頃、看護師が記録を記入する際に 1 週間早く施行していることに気が付いた。	13 時頃、看護師により対象者の身体状況確認を行い異常はなかった。処方医師へ報告し問題がないことを確認した。	再発防止策は実行済であることを確認。引き続き、事故の発生がないようマニュアル及び再発防止策を徹底すること。

●その他 6 件

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
介護老人福祉施設	◆感染症の発生 施設利用者 2 名の新型コロナウイルス感染が判明。主な症状は、発熱、湿性咳嗽、嚔声。その後、翌日に 3 名、2 日後に 6 名、3 日後に 5 名、4～8 日後の各日 1 名の合計 21 名の利用者が感染。内 4 名が一時入院したが軽症との診断。従業員は 4 名感染した。	居室移動し、隔離対応を行った。2 人目以降は確認され次第、居室移動し対応。感染確認された入居者を同室にして日常生活の援助を行った。	感染拡大防止策を再確認し、引き続き感染症に備えること。
介護老人保健施設	◆感染症の発生 施設利用者に新型コロナウイルス感染が発生し、集団感染となった。 夜勤スタッフが発症し、利用者へ感染。 翌日以降、感染拡大し、8 日後に他フロア利用者へも感染拡大。利用者の感染者は 27 名で内 11 名は入院。職員の感染者は 6 名。 3 週間後、入居者及び関係職員に抗原検査を実施し、全員の陰性を確認した。	職員の発症後、同フロアの利用者・職員全員にコロナ抗原検査を行った。陽性者から濃厚接触者を洗い出し、職員は N95 マスクを着用しガウンテクニックを行い、ゾーニング、居室配備を行い、面会、入所受付を中止、退所時の抗原検査を実施し環境表面の消毒等を行った。	職員の体調管理及び感染リスクを下げるための基本事項を徹底すること。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
養 護 老 人 ホ ー ム	◆感染症の発生 入所者が発熱し、受診した結果、コロナ陽性と判明した。 翌日以降、感染拡大。2週間後に入所者の感染者は18名。職員の感染者は1名となった。	判明後、陽性者・有症状者は個室隔離し、濃厚接触者に該当する者は、可能な限り5日間是他入所者と接触を避ける等の対応を行った。	消毒、換気等の基本的な感染症対策を継続・徹底すること。
特 定 施 設 入 居 者 生 活 介 護	◆感染症の発生 職員1名がインフルエンザに感染。主な症状は、発熱、喉の痛み、咳。その後、翌日職員1名、2日後利用者3名、5日後利用者1名、6日後利用者2名、職員2名、8日後利用者1名、9日後職員1名が感染。感染者総数、利用者7名、従業員5名となった。	職員は病院受診と自宅待機し、利用者は居室（個室）対応とした。感染疑いを含め、症状のある利用者に対応するときは、ガウン、フェイスガード、マスク、手袋を使用。アルコール消毒(80%以上のもの)および定期的に換気を行った。	感染拡大防止策を再確認し、引き続き感染症に備えること。
養 護 老 人 ホ ー ム	◆感染症の発生 入所者より体調不良の訴えがあり、38度の発熱を確認した。感染症対策後、経過観察。 8時30分頃、看護師によるバイタル確認の際に肺雑音が確認され、救急搬送した。搬送先病院にて新型コロナウイルス抗原検査・血液検査・レントゲン検査・尿検査を実施し、新型コロナウイルス陽性と肺炎、レジオネラ症が判明。抗生物質投与のため入院した。	感染源や感染経路を確認。浴場・加湿器から感染することが多い感染症であるが、施設に加湿器はなく、入浴も、施設外デイサービスのみで行っているため、感染源・感染経路は不明。デイサービスでの感染の可能性があるため、同事業所へ連絡。他の入所者についても体調確認を行ったが、下痢・発熱・咳などの症状は認められなかった。	施設内の清掃・除菌等の感染対策を引き続き徹底すること。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
地域密着型 通所介護	◆施設内での外傷事故 14時20分頃、対象者(100歳代、要介護3)がリハビリマシンに移乗する際、右手でマシンの手すりをもって支持するも右にバランスを崩し、職員が支えに入ったが介助のポジショニングが悪く、右に回転しながら仰向けに転倒。マシン本体に頭をぶつけ、フットプレート部で右手を負傷。右手小指と甲側部の表面剥離で出血、右手甲に内出血・膨張、右上腕部に擦過傷(出血なし)。	転倒後、バイタル確認、意識・気分不良なしを確認した。同居家族に連絡を行い、職員と家族付き添いで医療機関を受診した。(CT検査異常なし、経過観察の継続。)	介助位置及び見守りに関する再発防止策を実施し、再発防止に努めること。

障害福祉サービスに関する事故等

●利用者の縫合を要する外傷及び骨折等 1 件

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
就 労 継 続 支 援 B 型	◆送迎車両での外傷事故 対象者（30 歳代、療育手帳 A）が送迎車両の後部座席に乗り込み、自分で自動スライドドアの操作を行った。ドアを閉めた際、「痛い」と言って手を引っ込めた。 その際、職員 1 名は運転席で駐車料金の確認を行っており、もう 1 名の職員は他の利用者 2 名の乗車支援を行っていた。 対象者は、自力通所をしており、施設車両には活動の際に乗車する程度。その際も、自分でドアの開閉やシートベルトの装着ができるため、普段は乗車支援を行っていない。	対象者が「痛い」と言ったため、職員がその場で指を確認したが、特に傷や腫れは確認できず、対象者も「大丈夫」と言ったため、そのまま自宅へ送った。 3 日後の通所時に、右手中指に包帯をしていたため、連絡帳を確認したところ、「指の腫れが見られたため、本日通院する」とのことだった。事業所で通院対応を行うため、日中に家族へ連絡したがつながらず、連絡帳で謝罪を行った。 4 日後、家族から電話連絡があり、右手中指にひびが入っているとの診断結果。家族へ再度謝罪と説明を行った。 5 日後、通所を再開。市へ報告。	普段は容易にできることでも、慣れない環境ではうまくできないこともあるため、特別な活動や作業時はより一層安全配慮を行うこと。また、骨折した箇所はよく動かす箇所のため、治癒まで家族と連携しながら様子観察すること。

児童福祉サービスに関する事故等

●利用者の縫合を要する外傷及び骨折等 6 件

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
保育所	◆施設内での外傷事故 16 時 30 分頃、対象児(未就学児)を含む 18 名の園児と保育士 1 名で、固定遊具のある園庭で自由遊び(虫取りや遊具遊び等)を行っていた。 担任の保育士は、子どもたちと虫取り等、遊びにも参加していたため、その時に応じて立ち位置を変え、園庭や園児の安全を見守っていた。砂場は、緑のネットを掛けており事故当日は使用していない。対象児を含め園児は、決められた範囲の中で約束を守って遊んでいた。対象児は保育士の見えないタイミングで、砂場の縁で右足をねじった。その際、対象児はすぐに痛みがおさまると思い、保育士には伝えなかった。その後の室内遊びも普段と変わりなく過ごしていた。	対象児の降園(家族迎え)対応は、担任の保育士が対応。その際、痛みが増してきたのか、初めて泣きながら「痛い」と訴えた。保育士が、患部を冷やすか確認したところ、泣いており足首の手当てをできる状況で無かったため、処置を行うことができなかった。帰り際、保育士からその日は、家に帰ってからも様子をみていただくこと、何かあれば連絡をすること、明日も痛みが続くようであれば園から病院に連れていくことを家族に伝えた。帰宅時 18 時頃、家族と対象児は、整形外科を受診。レントゲン撮影及びエコー検査の結果、右足首くるぶし剥離骨折との診断を受けた。怪我の翌日から、通常通りに保育園へ登園。右足にギプスを装着している為、職員が 1 名ついて、集団生活のフォローを行った。園舎内の 1 階から 2 階へ移動の際は、自宅から持参したベビーカーに乗ってエレベーターで保育士と移動した。また、散歩や運動遊びに参加することは、難しい状況。朝や夕方の合同保育の際には、事務室で保育士と過ごした。	公立保育所で足をねじって骨折までなるケースは今のところなし(捻挫の事例のみ)緑ネットは、つまずき、引っかかり、転倒の原因になるため、園児が遊ぶ際には、外しておく。園児が段差に気づき確認に避けることができる。砂の量は、適切か都度定期的に確認し、減っている場合は足しておく。本来であれば、担任保育士と加配保育士の 2 人体制とすべきところである。やむを得ず時間帯等により担任のみの保育士配置になる場合は、遊びの内容や保育場所を工夫し、安全な保育に努めること。戸外遊び後は、怪我や体調の変化がないか保育者の目で確認するとともに、次の環境に移る前には全体に声掛けを行い、変化を伝えやすい環境作りに努める。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
保育園	◆施設内での外傷事故 11 時 35 分頃、対象児(未就学児)と園児 B は、大変仲が良く、園児 B はトイレに行く前に対象児が保育室内に知っていることを知っていた。トイレ後、園児 B は早く対象児と遊びたくて走って保育室内に行った。そうしたところ、保育室内の出入口付近にいた対象児と接触した（2 人は死角になっていた）。対象児の左眉あたりから出血し、園児 B にけがはなかった。	保育士 C と D が対象児と園児 B の状況を確認し、対象児の左眉あたりから出血が確認できたため、看護師を呼びガーゼで止血を行った。縫合の可能性があることから、医療機関を受診することになった。対象児の保護者に連絡を行った。保護者は、対象児が普段から B と仲良くしていることは認識、B の様子を気遣っていた。園に対する苦情はなかった。 調整をした結果、仕事の都合により保護者が受診に同席することはできなかった。保護者には受診後に園まで対象児を迎えに来てもらった。	廊下を走ってはいけないことやドア付近は死角となっていて危ないことを口頭で伝えるだけではなく、出入口付近に「ここにとまってね」などと書いた足マークを貼るなど児童に日常的に意識づけができるような取り組みを検討すること。
幼保連携型認定こども園	◆施設内での外傷事故 10 時 2 分頃、対象児(未就学児)が室内遊びの後、トイレに行った。排泄後、保育室に戻る際、保育室入り口付近でバランスを崩して転倒し、保育室入り口の引き戸の角で顔面をぶつけた。対象児は、両鼻出血、上唇と下唇の裂傷、歯茎は内出血をしていた。対象児のケガの状況を養護教諭が確認し、アイシングの処置をした。	10 時 15 分頃、形成外科に受診が必要と判断し、保護者に連絡し状況説明と受診先の病院の詳細を伝えた。 11 時頃、養護教諭、担任保育教諭が付き添い、形成外科を受診。保護者とは形成外科で合流した。形成外科で外傷部縫合処置後、歯茎の内出血部分の診察を受けるため歯科を受診した。その後、対象児と保護者は帰宅した。 16 時 30 分頃、兄弟の降園時に保護者に対象児の様子を確認した。 翌日 8 時 15 分頃、昨夜から今朝にかけての対象児の様子を、保護者に確認した。形成外科から指示があった、挫傷部を清潔に保つため食後すぐに口元を洗い、うがい薬を使用後、軟膏を患部の下に塗る対応を園でも行った。 後日、保護者より、抜糸し経過良好で治癒したとの報告を受けた。	認定こども園より報告を受け、保育環境（引き戸の角面にクッション材を貼る）の改善について、助言を行った。また、職員への周知と、他保育室の環境の見直し（引き戸を含めた他の危険箇所）を指示した。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
保育園	◆施設内での外傷事故 7時5分頃、対象児(未就学児)が登園後、保育室入り口から走りだし、その勢いのまま前転をして床で肩を打つ。勢いがついたまま前転をしたため、保育士は止める間がなかった。その後痛いと言いはじめた。事故発生場所は1歳児保育室。事故発生時は児童1名(対象児)、保育士2名。	脱臼を疑い、手を挙げさせてみたりと様子を見るが特に変わった様子もなかった。患部をアイシングした。午睡時に痛みが泣きはじめ、腕を動かさず、かばう様子が見られたため受診した。レントゲン撮影後、左肩鎖骨部分にひびが見つかり、湿布、サポーター(コルセット)で固定した。	対象児の入室時には保育士が手を繋いでから入るなど、走りださないような習慣を身に付けさせる。勢いがつくほど走れないよう環境を工夫する。 (室内保育で必要な場合はこの限りではない) 発生から受診まで時間がかかっているため、児童の患部を直接確認するなどの経過観察を行う。
保育所	◆施設内での外傷事故 18時頃、対象児(未就学児)含む1歳児2名、0歳児1名、4歳児1名、5歳児2名、保育士1名で合同保育中、幼児も含めごっこ遊びをしていた(床はフローリング)。その時、対象児が4歳児に抱っこを求め、4歳児が対象児を抱っこしたところ、重さに耐えきれず二人で転倒、対象児は、左手薬指を負傷した。	お迎えの時間が迫っていたため、冷やして様子を見て、保護者に状況を伝えた。土曜の夕方、開いている病院がなかったため、家庭で様子をみてもらい、状況を知らせてもらうように伝えた。腫れがひかなかったため、週明けに保護者と受診し、その後登園した。左手薬指の付け根の部分を骨折しており、テープで固定。全治2週間と診断された。医師の診断によると骨折の状態から推測するには薬指が小指側に引っ張られたことが原因と考えられるとのこと。	転倒の危険があるため、園児同士で抱っこを行う場合、立った状態で行わず、座った状態で行うこと。園児同士で抱っこをしている場合は、保育士がそばで見守ること。また保育の体制が整わないときは、抱っこをしないよう声掛けを行うこと。冬場は、寒さで体が強張ったり、固まったりしやすいため、ダンスや体操などで体を温めてけがをしにくい体づくりに努めること。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
保育所	◆施設内での外傷事故 14 時 20 分頃、対象児(未就学児)含む 5 歳児 14 名、保育士 3 名が園庭で運動会での戸板飛び（三段）の練習をしている時に、対象児が戸板から飛び降りる際、保育者の補助はあったがバランスを崩し、少し膝が内に入るような形で着地した。	対象児が痛みを訴えたため、マット上で様子をみていたが、横になった方が楽ということで、室内に移動し横になり、保冷材で冷却した。事故発生後すぐに、保護者に連絡をし、保護者とともに整形外科を受診した。左足脛骨骨折。膝上からギプスシーネで固定し、車いす生活となった。	活動に適した準備運動を行うこと。久しぶりに運動する場合は、安全を確保するため、高さを低めに設定すること。

●利用者の行方不明 6 件

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
保育所	◆利用者が施設外で取り残された事故 10 時 30 分頃、園外活動を実施した後、隣のスロープに移動し保育士が人数確認を行い 9 名全員いることを確認した。保育士 B がお茶を入れ、保育士 C、D が園児に順にお茶を配っていた。この際、対象児(未就学児)がお茶を飲む様子を確認していた。お茶を飲み終え、再度園児を集め人数確認をした際に対象児がいないことに保育士が気付いた。 対象児は支援児ではないが、日頃から急に走り出すこと等がよくあり、注意して見守りが必要な園児である。	保育士 B が園児 8 名を見守り、保育士 C、D で周辺を搜索した。 10 時 34 分頃、保育士 B より園へ報告し、職員の応援を要請した。 10 時 36 分頃、保育士 C が、スロープ下の芝生にある木の周りを対象児が走っているところを発見した。発見後に応援の職員が到着し、10 時 45 分頃、全員で帰園した。 11 時 30 分頃、対象児が給食を食べる様子を確認し、家族へ電話で事故の報告を行った。園から再発防止策をお伝えし、家族への対応は終了した。	1 カ所に集まってお茶を飲むこと。 進む方向が少ない場所を選び、抜け出してしまうような方向は保育士が塞ぐように配置すること。 保育士は全体を見る、お茶を配る、園児と一緒に待つ 3 つの担当に分かれ、誰の視野にも入らない園児がいないようにすること。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
放課後等デイサービス	◆利用者が施設から出てしまった事故 対象児(就学児、療育手帳 A)が利用する事業所 A にお迎え入室後、事業所 B との通用口に施錠されていないこと(職員の施錠忘れ)に気づいた対象児が事業所 B に移動し、自ら通用口を施錠して事業所 B の従業員通用口より 10 時 59 分頃、離設した。	11 時 10 分頃、職員が対象児がいないことに気づき捜索開始(職員 4 名)。 対象児の保護者より、「以前他事業所で離設した際は、公園の水飲み場で服を脱いで遊んでいた」との情報を得て、公園、川、池を中心に捜索。 11 時 20 分頃、捜索中職員から事務所職員に警察への通報を依頼した。 11 時 30 分頃、事務所職員が警察署へ通報した。 13 時 10 分頃、警察より保護したとの連絡あり。保護時の対象児の様子は上着は脱ぎ捨てられ見つからず、衣服は雨と泥で汚れていたが、怪我等なく元気だった。 14 時 21 分頃、保護者到着。手続き等の後、事業所の車で保護者と対象児を自宅へ送り、サービス終了した。後にスタッフ 2 名が自宅を訪問し謝罪した。 3 日後、市に事業所から入電報告あり。府への報告と報告書提出依頼するも提出なし。後日声かけしたが提出なし(失念していたと後に聞き取り。府へは提出済みだった。)通所支援の受付時に保護者より事業所 A の対応に不満がある旨聞きとった。	報告書類は早急に提出するよう助言。施錠の徹底と、ドアセンサー設置が完了していることを確認。対応の説明は生活介護の事務所に任せていたとのことで、保護者への説明について、納得いただけるよう事業所として対応する必要があることについて伝えた。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
保育所	◆利用者が施設内で取り残された事故 当日は、対象児(未就学児)の保育所の参観日及びクラス懇談会の日だった。室内には対象児を含む3歳児18名と保育士5名がいた。9時20分頃、保育士Aは、クラス懇談会会場のフリールームへ保護者を誘導した。 9時25分頃、対象児と保護者が登所した。 9時30分頃、保育士Bは、対象児に遊びコーナーに行くよう伝え、対象児の保護者をフリールームに誘導しそのままクラス懇談会に入った。保育士Cは、テラスと出入り口の間に立ち保護者を誘導した。保育士Dは、泣いている他児を抱っこし、保育士Eは、支援児の保育をした。子どもの人数は数えていなかった。 9時32分頃、保育士Cは、フリールームに担任紹介の挨拶に行き、保育室に戻ったあと対象児が椅子に座っているのを確認した。 9時40分頃、保育士Cは、「れんらく表」を見ながら事務所に人数報告をおこなった。他クラス(4歳児)の保育士が保護者から「小さい子がテラスに一人でいる」と聞き対象児を確認し、事務所に連絡をした。 9時45分頃、巡回中の所長に伝え、所長が対象児を確認し、声をかけると「お母さんがいなくなった」と答えた。3歳児クラスの保育室に連れて行くと、保育士CDEは、対象児がいなくなっていたことに気づいていなかった。	4歳児保育士は、対象児を確認した後、事務所に連絡を入れた。所長が対象児を確認し、3歳児クラスの保育室に連れていった。	普段の保育と違った状況にある行事時や登降所の時間帯は、職員間で連携を図りながら子どもの所在に特に気を配る。人数確認は、「れんらく表」だけで行わず、複数の職員で目の前の子どもの人数を確認する。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
保育所	◆利用者が施設内で取り残された事故 10 時頃、対象児（未就学児）を含む児童 18 名、保育士 5 名で園庭へ出た。 10 時 30 分頃、保育士が児童 7 名を連れて保育室へ入室した。入室した保育士と児童は随時保育室間の移動をしていた。 10 時 45 分頃、保育士が園庭に残っている児童 10 名を連れて保育室へ入室した。（この時点で対象児が園庭に置き去り。） 10 時 49 分頃、保育士が園庭側の扉を閉めた。 10 時 50 分頃、保育室間の移動の際に人数確認をしていないことに気付いた保育士が他保育士に声をかけ、人数確認及び園庭の散歩バギーで寝ていた対象児の確認を依頼。依頼を受けた保育士が対象児を発見した。	入室後、園長へ報告。看護師と共に目視で怪我の有無、顔色、機嫌を確認。異常なしを確認した。降園まで健康観察を行った。	活動が転換する際は人数確認を行うことを徹底する。保育士間での連携や共有は声を出して行うこと。
放課後等デイサービス	◆利用者を施設外で見失った事故 14 時 35 分頃、対象児（就学児、療育手帳 B2）が放課後等デイサービス利用のため、運転手が小学校に対象児を迎えに行った。運転手が送迎車に乗るよう促すも、対象児が「友達と遊びたい」旨を述べ、自宅方向へ歩き去ったところを見失った。	14 時 35 分頃、運転手が事業所に電話報告した。 14 時 40 分頃、在宅していると思われる保護者に架電するも不通。 14 時 43 分頃、事業所より対象児の学校に架電し、付近搜索を依頼。 14 時 45 分頃、事業所より運転手に対象児の学校から自宅へ徒歩で向かい所在確認を指示。 14 時 55 分頃、保護者に繋がり帰宅していることを確認。対象児の無事を確認するとともに、事業所長より本件事情を説明した。	今後事業所の方針通りに進めるよう助言し、再発防止研修を 11 月 5 日に実施済みであることを確認した。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
保育園	◆利用者を施設外で見失った事故 10 時 30 分頃、対象児(未就学児)含む児童 10 名、保育士 3 名で広場へ出掛けた。到着時に点呼確認を行った。他に利用者がいたため、公園入口を散歩カーで塞ぐことができなかった。 10 時 26 分頃、対象児が置いてあったバギーに乗り込んでいることを保育士②が確認していた。 10 時半頃、保育士①は、保育士②③に伝えたうえで、園児 B と人目につかないところへオムツ交換に向かった。その間、保育士②は砂場で遊び、保育士③は電車ごっこをしていた。保育士①はおむつ交換をしているところに対象児が来たことを確認していたが、バギーから対象児が移動しているところを他の保育士は見えていなかった。 10 時 33 分頃、保育士②がバギーに対象児がいないことに気付き、他児と遊びながら対象児を探していると、地域のかたに「赤い帽子のお子さんが道路にいます。」と声を掛けられた。対象児は別の地域のかたに保護されていた。	10 時 35 分頃、保育士②は対象児が保護されている場所に向かい、対象児を連れて公園に戻った。対象児は園に戻る方向に歩いていた。 10 時 40 分頃、保育士①が公園に戻った対象児と話をする間にも対象児は公園から飛びだそうとしたため、保育士②とともに先に園に戻った。お迎えの際に保護者へ報告した。報告以降、園や市に対し苦情は受けていない。	常に全体をみる保育士をつくること。全体をみる保育士が別の場所に集中する場合は声を掛け、役割を交代すること。公園の入口にはバギーを置くのではなく全体をみる保育士が立つこと。バギーに児童のみで乗り降りをしていないこと。園児が別の場所に移動したことを確認した場合は、その場にいる保育士に声を掛けること。園児 1 名のみ先に帰園する場合は安全が確保できるよう応援の要請を検討すること。

●利用者の誤嚥・誤飲 2 件

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
保育所	◆施設内の誤飲事故 14 時 40 分頃、対象児(未就学児)達の 15 時のおやつは牛乳とひじきご飯であった。保育士が小皿の上にラップを広げ、その上にひじきご飯を乗せてラップの端を軽く絞った状態で児童の前に配膳した。児童はラップで包まれたひじきご飯を自分で握った(ラップは使用せずに喫食することになっていたが、徹底できておらず使用していた)。対象児は、握ったひじきご飯のラップを広げて食べ終え、おかわりを要求した。保育士がラップの上にひじきご飯を置いた。対象児は再びラップで包まれたひじきご飯を自分で握り、ラップを広げることなくおにぎりにかぶりついた。その際、噛みちぎったラップ片を飲み込んだ。飲み込んだ 1～2 分後、「ラップを食べたかもしれない」と対象児が保育士に報告した。対象児が手に持っていたラップを保育士が確認すると欠損(幅 1 cm 長さ 4 cm 程度)があった。	15 時 40 分頃、対象児が使用していたラップを確認し、欠損があったことで誤飲と判断した。フリー保育士が対象児から食事時の状況を聞き取り、口内を確認した。担任保育士は事務所に連絡を入れ、看護師の対応を要請した。看護師と所長が保育室に到着後、フリー保育士と対象児から状況を聞き取った。 15 時 50 分頃、看護師は嘱託医に架電し、誤飲に至った経緯を伝えた。嘱託医は「ラップ片が気管等にあればむせかえる。むせかえていないのであれば飲み込んだと思われるのでこのまま様子を見てよい。飲み込まれたラップは便になって排出される」と看護師に伝えた。対象児は看護師と保健室に移動し、看護師が対象児の歯間や口腔内から口蓋扁桃あたりにラップ片が残っていないことを確認した。 16 時頃、看護師が保護者に架電し、誤飲に至った経緯と嘱託医から聞き取った内容を伝えた。 17 時 20 分頃、児童の保護者が迎えに来た際、所長、看護師、担任保育士から再度、誤飲に至った経緯を伝え謝罪した。看護師が「便が出た際は、ラップ片があるかどうかの確認をお願いします」と伝えた。 翌日、保育所での給食後に排便があり担任保育士が確認するが便にラップ片は確認できなかった。	子どもに食事を配膳する際、ラップは使用しないという取り決めに所内で徹底し、一人ひとりの職員が忘れないように業務をおこなうこと。

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
幼保連携型 認定こども 園	◆施設内の誤食事故 11時30分頃、対象児(未就学児、小麦アレルギー)含む、3歳児から5歳児(平均25名、最多33名)と保育士(3名)が保育室にいた。 11時30分頃、当日の給食はコロッケで、対象児には小麦を除去された給食が用意されていた。はじめ、保育士は対象児をAの席に座らせようとAの席に呼び、名前を呼びながら正しく給食を配膳した。ところが、その後に対象児を含む児童達はいがみ等をするため、歩き回ることになり、最終的には対象児は普通食が配膳されているBの席に座った。 11時30分頃、給食が当初配膳されたものとは違うことに気づかないまま、対象児は普通食を食べ始めてしまった。 11時45分頃、配膳した保育士が気づき、誤食が発覚した。	11時45分頃、養護教諭や園長と相談し、保護者から預かっていた薬を手元に用意しつつ、保健室で対象児の足を高くあげて横にさせ、経過観察を行った。また、保護者には連絡を行うも繋がらなかった。 12時41分頃、対象児の体調に異変は見られなかったため、座位で机上遊びをさせた。 13時38分頃、様子をみながら動き回らない条件付きで、他の児童との遊びを再開した。 13時45分頃、保護者から折り返しの電話があり、状況説明を行うとともに謝罪をした。 14時40分頃、降園。保護者に改めて謝罪するとともに再発防止策をお伝えした。保護者の様子としては、落ち着いており、保護者と施設の間でトラブルは発生していない。また、対象者の体調に異変は見られず、受診はしていないとのこと。	食べ始める前を含む給食の準備時には複数人でメニュー内容の確認を行うことを徹底する。アレルギー対応食の児童については、座席を決めておく。配膳してから手洗いうがいをするのではなく、手洗いうがいをしてから配膳するように流れを見直す。関係者間で共通認識をもつために、今回提出いただいた配膳に関する流れをもとにマニュアルを作成し、関係者全員に周知する。保護者と連絡が繋がらないときには、園医に連絡し対応の指示を受ける。

●その他 1件

サービス名称	事故の概要	対応状況	市の指導助言内容
放課後等 デイサービス	◆送迎時の車両事故 18時10分頃、対象者(就学児、療育手帳B1)乗車中、交差点で信号待ち時、後ろから来た車に追突された。 対象者は、ダウン症。独歩、言語でのコミュニケーション可能。	対象者は、びっくりしていたが目で分かる外傷や痛みの訴えはなかった。 18時20分頃、児童発達支援管理者より家族に連絡し、状況説明及び受診する旨を伝えた。管理者対応で病院受診、レントゲン撮影を行い外傷なしとの所見だった。 翌日、家族に電話にて様子確認を行うと、いつもと変わりなく元気になっていると報告を受けた。	停車中の車間距離に気をつけ、2次被害の防止に努めること。

