

令和6年度に発生した介護事故について（実績）

～全サービス～

令和7年度 集団指導資料
〔高齢者あんしん課 介護認定係〕

令和6年度の事故報告実績(事故発生件数)

事故種別	経過									総計
	その他	異常なし	骨折	傷・出血	切り傷	切傷	打撲	入院	皮膚剥離	
その他	9	9	2	1	1				2	24
異食	1									1
誤薬、与薬もれ等	5	15								20
誤嚥・窒息	1									1
転倒	3	3	29	3		4	19	3	1	65
転落			2				1	1		4
不明			4							4
総計	19	27	37	4	1	4	20	4	3	119

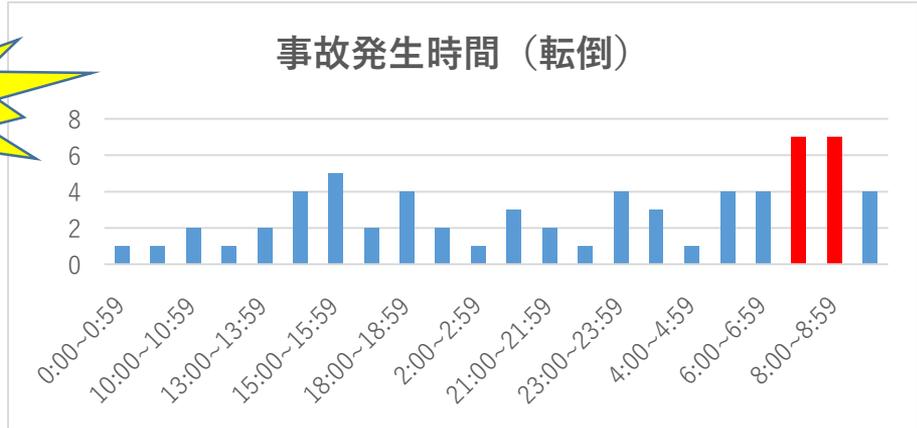
※市内の事業所のみではなく、市外に居住している日向市が保険者の方に対して発生した事故も含む

令和6年度の事故報告実績（事故発生時間帯）

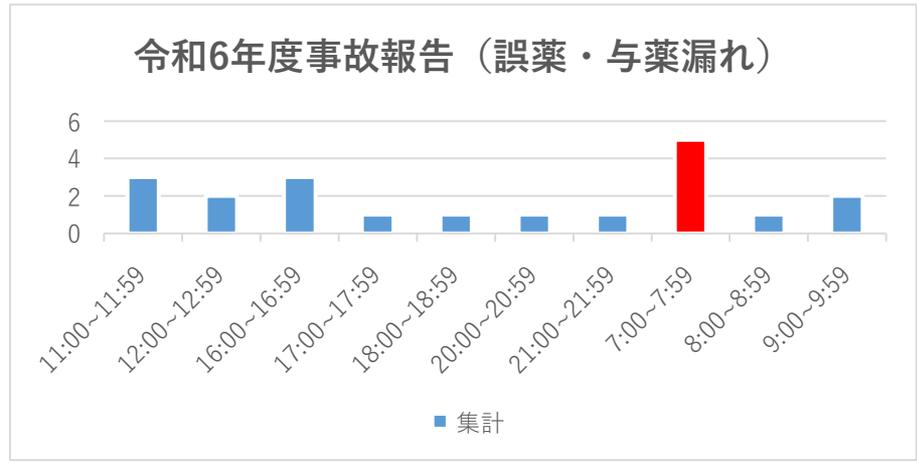
事故発生時間



事故発生時間（転倒）



令和6年度事故報告（誤薬・与薬漏れ）



※市内の事業所のみではなく、市外に居住している日向市が保険者の方に対して発生した事故も含む

誤薬・与薬漏れ事故発生要因

日向市では誤薬事故が2番目に多い事故となっています。

事故が発生した要因、発生した事故に対する再発防止策を確認いただき、誤薬事故の発生防止にご活用ください。

発生事故例	事故要因	再発防止策
職員が「ながら作業」で薬を与薬した結果、他の利用者に誤まって与薬した。	薬袋や薬名・利用者名の確認不足、および「思い込み」や「ながら作業」によるヒューマンエラー	<ul style="list-style-type: none">・服薬や配薬時は必ず利用者への呼称確認と薬袋の氏名・薬名・日付のダブルチェックを徹底・「ながら作業」を禁止し、服薬行為に集中する・思い込みで作業しないよう職員教育の強化・声かけルールや「指さし確認」など、確認動作を習慣化する
ダブルチェックが不十分で薬の飲み忘れが発生した。	薬の配薬や服薬セット時のチェック・ダブルチェック体制の不備	<ul style="list-style-type: none">・配薬・服薬セット時には二重チェック（複数職員でのダブルチェック）を必須とする・チェックリストを活用し、記録も都度記載
申し送り不足で同じ薬が重複投与された。	伝達不足・申し送り漏れ・記録不備など職員間の情報共有不全	<ul style="list-style-type: none">・申し送りや報告・連絡・記録は必ずリアルタイムで行うことをルール化・伝達用のチェックリストやツールの運用強化
薬の保管場所が統一されず、与薬漏れが発生した。	薬の保管場所・環境の統一感や整理不足	<ul style="list-style-type: none">・薬の保管・管理場所を利用者別、用途別に明確に分けて表示・整理する・物理的な分け方や色分けラベルなど導入
複数の薬の管理が不十分で、与薬漏れが生じた。	複数医療機関からの処方や多数の薬剤による薬の管理混乱	<ul style="list-style-type: none">・複数の病院・薬局からの処方や多数の薬に対し、チェックリストや管理表を導入・月初やセット時に在庫・投薬スケジュールなどを複数人で再確認
錠剤の落下や飲み残しがあった。	錠剤の取りこぼしや飲み残し・落下時の確認不足	<ul style="list-style-type: none">・服薬・配薬後には残薬や落下物の有無を必ずチェックする・テーブル・床清掃時の残薬確認を強化・落下薬回収後の再確認・報告を徹底

令和6年度事故報告書における「誤薬事例」の発生に関する注意喚起（Ⅰ）

誤薬はご利用者様の健康を著しく損なう重大な事故であり、特に認知症の方は薬の管理に細心の注意が必要です。つきましては、以下の点について改めて徹底していただきますようお願いします。

1. 服薬管理の徹底

●投薬スケジュールの確認と記録の正確な管理

ホワイトボードや専用ノートを活用し、投薬スケジュールや服薬内容を職員間で共有してください。例えば、共有スペースに「服薬予定表」を掲示し、投薬後には必ず担当職員がサインや印を付けることで、記録の確認とミス防止が図れます。

●薬の種類・用量・服用時間の二重チェック体制の強化

薬の取り間違いや用量の誤りを防ぐため、投薬時には必ず2名以上の職員による確認を実施してください。特に朝の時間は、事故が起こりやすいため、注意してください。

薬の名前、色、形状、用量、服用時間を1つずつ照合し、確実に合致していることを確認することが重要です。

●ご利用者様ごとの服薬状況の定期的な見直し

ご利用者様の体調や症状の変化に伴い、服薬内容が適切かどうかを定期的に医師や薬剤師と連携して見直してください。服薬の効果や副作用の有無を把握し、必要に応じて対応策を検討してください。

2. 職員教育の強化

●薬の取り扱いに関する研修の実施

新規採用職員だけでなく、既存職員に対しても定期的に薬の取り扱いに関する研修や勉強会を開催し、知識と意識の向上を図ってください。具体的な誤薬事例を共有し、注意点を明確に伝えることが効果的です。

●誤薬防止のための注意事項の周知徹底

服薬管理に関わる全職員に対し、誤薬防止のためのルールや手順を文書化し、常に確認できる環境を整えてください。

掲示物やマニュアルの活用、定期的な確認テストの実施も有効です。

令和6年度事故報告書における「誤薬事例」の発生に関する注意喚起（2）

3. 報告・連絡体制の整備

●万一誤薬が発生した場合の迅速な報告と対応

誤薬事故が発生した際は、速やかに上司や管理者に報告し、適切な医療機関への連絡やご利用者様の状態確認を行ってください。

初動対応の迅速さがご利用者様の安全確保に直結します。

●事故再発防止策の検討と共有

発生した事故については原因を詳細に分析し、再発防止のための具体的な対策を策定してください。対策内容は全職員に共有し、職場全体で安全管理意識を高める取り組みを継続的に行ってください。

ご利用者様の安全を守るためには、職員一人ひとりの意識向上と組織的な服薬管理体制の強化が不可欠です。今後とも誤薬事故の防止に向けて、貴事業所の一層のご協力をお願い申し上げます。



参考文献

介護事故の事例集を掲載しております。類似の状況に遭遇した際の参考となりますので、ぜひご確認ください。

以下資料は、[日向市事故報告ホームページサイト](#)にも掲載しております。



<https://www.techno-aids.or.jp/hiyari/jirei.html?pNo=1>



https://www.kaigo-center.or.jp/content/files/report/h30_kaigojiko_houkoku_panfu_2018042_0.pdf