

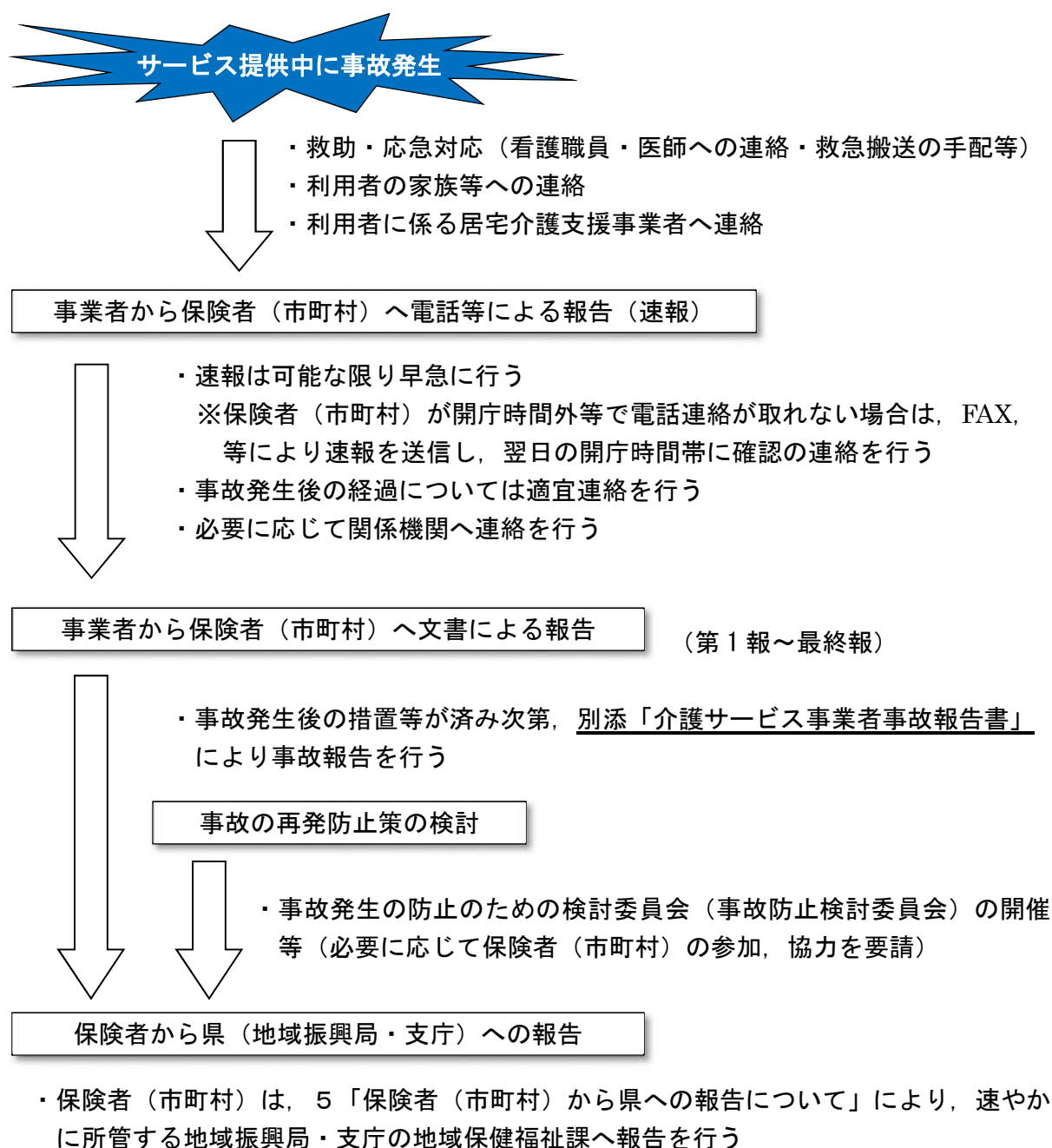
介護サービス事業者における事故報告マニュアル

鹿児島県くらし保健福祉部
高齢者生き生き推進課介護保険室
(令和4年10月13日改定)

1 目的

介護サービス事業者（以下「事業者」という）が、サービス提供により発生した事故について、その内容や対応の状況を保険者（市町村）に報告する際の手順等について整理し、事業者と保険者（市町村）との連携を円滑に行うとともに、再発防止策等の必要な措置を講じることにより事故発生時の速やかな対応が図られるよう支援することを目的とする。

2 報告のフロー図



3 報告が必要な事故の範囲

事業者は、次の事由に該当する場合に、保険者（市町村）へ事故報告を行うものとする。

（1）サービス提供により発生した死亡事故又は受傷事故等

注1) 「サービス提供により」とは、通所系サービス及び短期入所生活介護、短期入所療養介護においては、サービス提供時間及び利用者が事業所内に滞在している時間、送迎等によるものを含む。

注2) 受傷事故の程度については、原則として医療機関の受診を要したものを対象とする。

注3) 事業者側の過失の有無は問わない。

注4) 病気による死亡は含まない。ただし、死因に疑義が生じる可能性があるときは報告の対象とする。

（2）職員（従業者）による法令違反・不祥事等

注) 利用者の処遇に関連するものに限る。（例：利用者への暴力、利用者の金品等の横領、送迎時等の交通事故など。）

（3）感染症若しくは食中毒の発生又はそれらが疑われる場合

注1) 報告の対象は、「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年老発第0222001号厚生労働省老健局長連名通知）」に従い、次のとおりとする。

ア) 同一の感染症や食中毒による、又はそれらが疑われる死亡者や重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合

イ) 同一の感染症や食中毒の患者、またはそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

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、特に施設長（管理者）が報告を必要と認めた場合

注2) 感染症のうち新型コロナウイルス感染症については、報告の対象としない。

注3) 感染症については、事故報告の対象とならない場合であっても「介護現場における感染対策の手引き 第2版（令和3年3月厚生労働省老健局）」に従い、指定権者等への報告を要するものであること。

【参考】

感染症の場合、県の事故報告マニュアルでは、あくまで「事故」として取り扱う場合を想定していますので、利用者が感染若しくは感染が疑われる場合（職員の感染に伴う場合も含む）のみを報告の対象としています。

一方、「介護現場における感染対策の手引き 第2版」による指定権者への報告はリアルタイムで情報共有することが目的ですので、必ずしも事故報告マニュアルに沿ったものである必要はありません。（事故報告の様式を指定権者への報告に使用することは可能）

<厚生労働省へ確認済み>

（４）その他、報告が必要と認められる事故の発生

上記（１）～（３）のほか、施設長（管理者）が特に必要と認め、保険者（市町村）へ問い合わせ報告の必要があると判断されたもの

4 報告の時期

事故報告は、発生から5日以内を目安に報告を行うものとする。

ただし、感染症、食中毒については、発生直後は、拡大防止等の対応を優先する必要があることから、5日以内にかかわらず、事態が落ち着いて報告書作成が可能となった時点で行うものとする。

5 報告を受けた保険者（市町村）における留意点

- ① 事故の状況、事故に至った経緯を把握するとともに、事故への対応が不十分、又は、報告書の記載内容に不明な点がある場合など、当該事業者の対応状況に応じて必要な事実確認、指導等を行うものとする。
- ② 事故報告書の記載内容に不備がある場合は、再提出を求める。
- ③ 事故の再発防止策を検討するにあたって、事業者から保険者（市町村）に協力依頼があった場合は、可能な限り対応する。

6 保険者（市町村）から県への報告について

次の事由による事故の場合は、所管する県の地域振興局・支庁（地域保健福祉課）へ報告するものとする。

なお、地域密着型サービス事業者に係るものについては、原則、死亡事故のみとする。

- ① 死亡事故又は受傷事故等（原則として医療機関で入院加療を要したもの）
- ② 利用者への暴力、身体拘束や虐待が事故の原因と思われるもの
- ③ 職員（従業者）による法令違反、不祥事等
- ④ 感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたとき
- ⑤ その他、県への情報提供が必要と認められるもの

6 報告の活用等について

県において報告内容を取りまとめ、事業者のリスクマネジメントの強化のための基礎資料として活用する。

なお、当該報告は事業者の事故に対する過失の有無を判断するものではない。

【当マニュアルについて】

このマニュアルは、鹿児島県内で介護サービスを提供する事業者が、サービス提供により事故が発生し、各基準省令の規定に基づき市町村に対して事故報告を行う際に、手続きの目安となるよう手順等について整理したものです。

なお、鹿児島県では、従来から同マニュアルにおいて、事故報告書の提出先を市町村ではなく保険者と標記していますが、事故報告は利用者の保険給付を管理する保険者にとっても必要な情報として位置付けているためです。

事業者の皆様におかれましては、御理解の上、今後も引き続き御協力をお願いします。

■別添「介護サービス事業者事故報告書」

様式（Excel 形式）は、県ホームページからダウンロードしてください。

URL : <http://www.pref.kagoshima.jp/ae05/kenko-fukushi/koreisya/zigyosya/ziko.html>

■問合せ先

〒890-8577

鹿児島県鹿児島市鴨池新町 10-1

鹿児島県くらし保健福祉部高齢者生き生き推進課

介護保険室事業者指導係

【電話】 099-286-2678

【FAX】 099-286-5554

【メール】 k-jigyo@pref.kagoshima.lg.jp

事故報告書 (事業者 →)

※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選択(□又は☑)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:西暦
-------	-------	--------	--------

1事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置			<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	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	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	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										
		認知症高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
4事故の概要	発生日時	西暦	年	月	日	時	分頃(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()									
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒		<input type="checkbox"/> 異食			<input type="checkbox"/> 不明						
<input type="checkbox"/> 転落		<input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等			<input type="checkbox"/> その他()								
<input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息		<input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)			その他例: 感染症, 不祥事等								
発生時状況、事故内容の詳細													
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												
	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(部位:)						
	検査、処置等の概要												

介護サービス事業者事故報告書

6 事故発生後の状況	利用者の状況								
	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"/> その他()						
		報告年月日	西暦		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)								
	本人要因								
	職員要因								
	環境要因								
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)								
	手順変更								
	環境変更								
	その他の対応								
	(評価時期)								
	(結果)								
9 その他 特記すべき事項	損害賠償の有無								
	その他								