

介護事故報告の手引き

～鹿屋市介護保険事業者における事故発生時の報告取扱留意事項～

1	基本的な考え方	…	P 1
2	鹿屋市における事故発生時の対応について	…	P 2
3	事故報告フローチャート	…	P 5
4	様式	…	P 6

令和4年10月
鹿屋市高齢福祉課

1 基本的な考え方

1)目的

- ◎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に報告を行うことにより、事業者が保険者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)基準等

- ◎介護サービス事業者、介護保険施設（以下「介護サービス事業者」とする。）は、利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合は市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- ◎介護サービス事業者は、事故の状況および事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- ◎介護サービス事業者は、利用者に対する介護サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行わなければならない。

*解 釈

利用者が安心して介護サービスの提供を受けられるよう事故発生時の速やかな対応を規定したものであり、発生した事故の原因を究明、分析し対応措置することにより、よりよいサービス提供を目指すもの。

- ① 利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合の対応方法について、あらかじめ定めておくことが望ましい。
- ② 賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償しなければならない。そのためには損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有することが望ましい。
- ③ 事故が生じた際には、その原因を究明し、再発防止の対策を講じる。

【根拠法令】

- * 指定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 第37条、第54条、第74条、第83条、第91条、第104条の3、第109条、第140条、第192条及び第205条
- * 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準 第3条の38、第18条、第35条、第40条の16、第61条、第88条、第108条、第129条、第155条及び第182条
- * 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 第27条
- * 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準 第35条
- * 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準 第31条及び第59条
- * 介護老人保健施設の事業の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 第36条
- * 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 第40条
- * 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 第53条の10、第74条、第84条、第93条、第123条及び第142条
- * 指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 第37条、第64条及び第85条
- * 指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 第26条
- * 鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業の人員等に関する基準を定める要綱 第35条及び第51条
- * 養護老人ホームの設備及び運営に関する基準 第29条

2 鹿屋市における事故発生時の対応について

1) 事故発生時の対応

- ・利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、各事業所のマニュアル等に沿って対応し、報告については「事故報告のフローチャート（5ページ）」を参考に、事故報告書を提出してください。

2) 報告すべき事故の範囲

(1) サービスの提供により発生した事故（以下の①②）

- 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、投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故（医師の診察の結果、異常なしや様子観察等、治療を要さなかったものについては、事故報告は不要）。

（例：転倒、転落、外傷、誤嚥、窒息、異食、誤飲、火傷、医療処置関連等）

- ・「サービスの提供により」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。
- ・事業者側の過失の有無は問わない。
- ・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・不祥事等の発生

- ・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が疑われる場合

- ①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
- ②同一の感染症や食中毒の患者、又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
- ③上記2項目に該当しないが、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、事業所が報告を必要と認めた場合
- ④感染症のうち新型コロナウイルス感染症については、介護事故報告の対象としない。

ただし、国の「介護現場における感染対策の手引き(第2版)」に基づく報告は必要となるため、「新型コロナウイルス感染症発生報告書」にて、発生人数、対応状況等を報告することとする。報告の対象については、下記により取り扱うこととする。

【感染者が利用者の場合】

- ・感染者が1名でも発生した場合は、報告の対象とする。

【感染者が職員の場合】

- ・職員のみでの感染の場合は、報告の対象としない。
- ・ただし、職員が感染し、当該職員から利用者への感染が疑われる場合は報告の対象とする。（濃厚接触者又は濃厚接触が疑われる場合）

（４）その他、報告が必要と認められる事故の発生

- ・誤薬、与薬忘れ
- ・離設
- ・事業所、法人又は市が報告を要すると判断したもの

3) 事故報告の方法・期限

（１）第１報について

事故が発生した場合、「事故報告書」の1から6の項目までについて可能な限り記載し、事故発生後速やかに（遅くとも5日以内を目安に）市高齢福祉課へ報告してください。

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になった時点で報告してください。

【報告方法】

- ・事故報告書の提出は、**原則としてメールにより提出**してください。
- ・メールタイトルは「事故報告」とし、ファイル名は **【第〇報】事業所名** としてください。
(例)【第1報】グループホーム△△
- ・メールによる提出が困難な場合には、従来通りFAXによる提出も可とします。ただし、FAX提出の場合には、個人情報保護の観点から、個人情報に該当する部分（氏名等）は空欄のまま送信し、該当部分は電話で報告するようにしてください。
- ・なお、重大な事故等で取り急ぎ市へ報告することが望ましい事案については、速やかに電話で報告を行い、その後に報告書を提出してください。（例：サービス提供中の死亡事故等）
- ・新型コロナウイルス感染症については、「新型コロナウイルス感染症発生報告書」にて報告してください。

（２）第２報（最終報）について

概ね1か月以内に介護事故検討会等を開催し、「事故報告書」の7から9までの項目を記載し、市高齢福祉課へ報告してください。

【報告方法】

- ・第2報は、(1)により提出した第1報に追記してください。
- ・報告方法については、(1)と同様に、原則としてメールにより提出してください。
- ・感染症については、収束後に一括して報告してください。（感染症ごとに、全ての対象者を1枚にまとめて、対象者一覧や感染経路を添付し、報告してください。）

- ・第2報部分（原因分析、再発防止策等）については、様式「事故報告書」の内容を満たすものであれば、各事業所独自の様式等を添付して報告いただいて差し支えありません。
- ・事故報告は「可能な限り早急に報告を行う」という観点から、第1報提出⇒第2報（最終報）提出という2段階の報告方法としていますが、事故発生後、介護事故検討会等を速やかに開催した場合などについては、第1報及び最終報を一括で報告いただいて構いません。

【留意点】

- ・事故報告書様式の「7 事故の原因分析」「8 再発防止策」について、不可抗力で発生したと判断される事故等において、要因や再発防止策が見出せない場合には、その旨を記載してください。なお、事業所の過失によらないとした事故においても、設備やサービス等の改善を行う（行った）場合は、その記載を妨げるものではありません。
- ・「7 事故の原因分析」「8 再発防止策」については、様式記載の項目全てについて記載を求めているものではなく、また、「本人」「職員」「環境」の3要因以外に考えられる要因がある場合には、その記載を妨げるものではありません。

4) 報告先

鹿屋市高齢福祉課 給付管理係

〒893-8501 鹿屋市共栄町 20 番 1 号

メール：koureikyufu@city.kanoya.lg.jp

F A X : 0994-41-0701

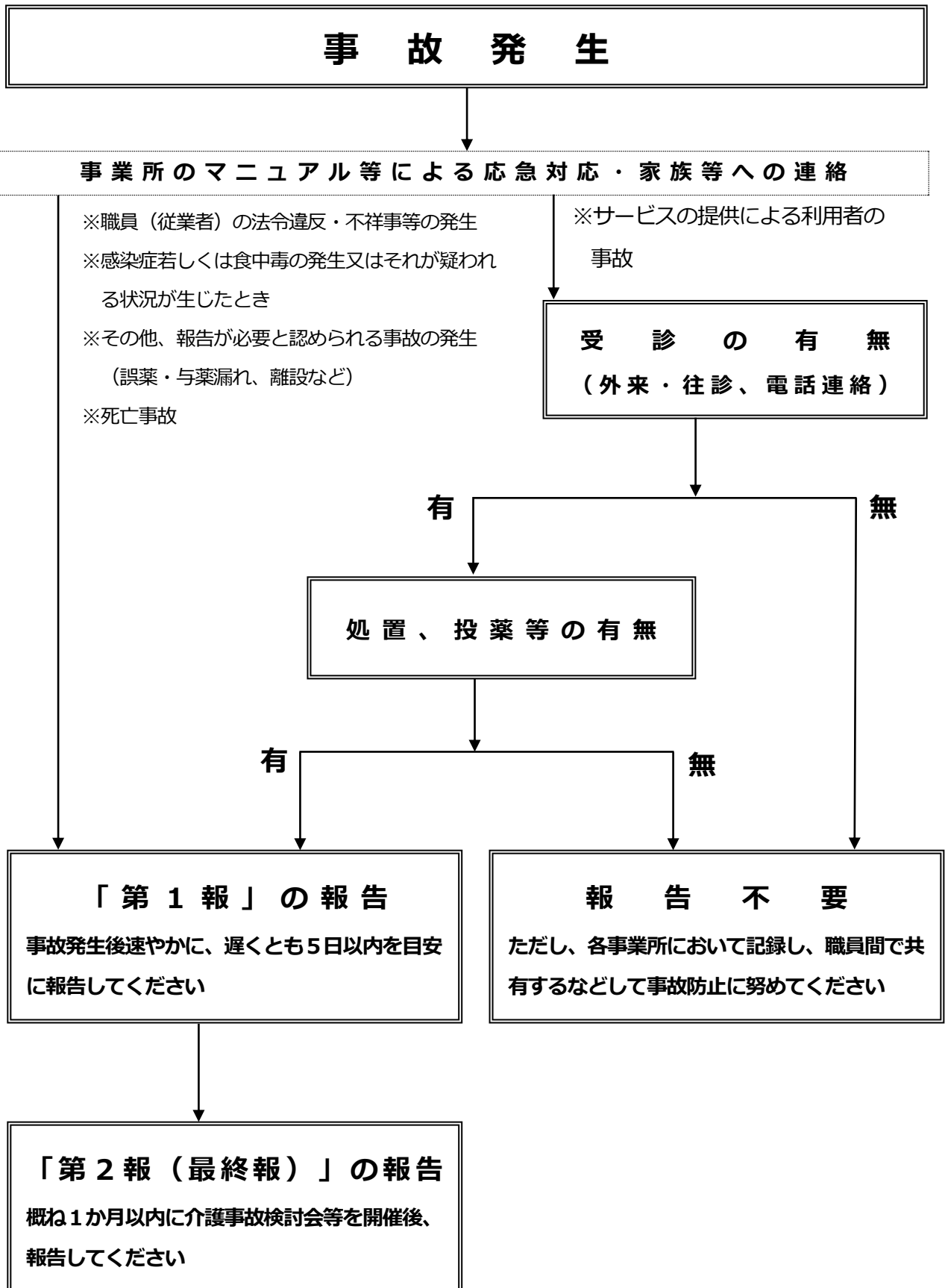
電 話 : 0994-31-1116 (直通)

(時間内：内線 3185、時間外：警備員室)

5) 備考

報告の対象でないと考えられるもの（ヒヤリハット等）についても、各事業所において記録し、職員間で共有するなどして、事故防止に努めてください。

3 事故報告フローチャート



4 様式

1) 事故報告書

事故報告書 (事業者 → 鹿屋市)

※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

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第 報	<input type="checkbox"/> 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	鹿屋市		
	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()								
発生時状況、事故内容の詳細	<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											
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			<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:)						
		<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								
	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 自治体名()		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名()		<input type="checkbox"/> その他 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								
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								

2) 対象者一覧 (感染症) 様式例※

※報告書作成の参考として様式例を載せています。

各事業所の様式で作成した対象者一覧を事故報告書に添付しても差し支えありません。

・様式例 1

感染症終息までの見取り図

事業所名

・第1報について、事故報告書にある「2事業所の概要」は事故報告書に記載してください。その他については見取り図にまとめて提出してください。(事故報告書の記載は不要です)
 ・第2報(6~9)については、全ての対象者を事故報告書1枚にまとめて提出してください。また、見取り図の最終提出をお願いします。

氏名	性別	年齢	要介護度	認知症自立度	その他 特記すべき事項	○月○日(月)	○月○日(火)	○月○日(水)	○月○日(木)	○月○日(金)	○月○日(土)	○月○日(日)	○月○日(月)	○月○日(火)	○月○日(水)
利用者氏名A	男	90	要介護2	Ⅱa	最終利用日 ○月○日	病院受診 ● 発熱(○℃) 検査()	● 解熱		● 解熱		→				
利用者氏名B	女	85	要介護3	Ⅲa		病院受診 ● 発熱(○℃) 検査()	● 解熱		● 解熱		→				
職員氏名A	男	40					病院受診 ● 発熱(○℃)		● 解熱		→				
利用者氏名C	男	80	要介護3	Ⅱb			病院受診 ● 発熱(○℃)		● 解熱		入院	● 症状悪化		→	
職員氏名B	女	35							● 病院受診 発熱(○℃)		● 解熱		→	● 解熱	→ 終息

・様式例2

対象者一覧

	氏名	性別	年齢	要介護度	認知症自立度	発生時の状況	発生後の状況	特記事項
1	利用者氏名A	男	90	要介護2	Ⅱa	●月●日 発熱 ●月●日 陽性判明	●月●日 隔離終了	最終利用●月●日
2	利用者氏名B	女	85	要介護3	Ⅲa	●月●日 風邪症状 ●月●日 陽性判明	●月●日 隔離終了	
3	職員氏名A	男	40			●月●日 陽性判明 ・症状なし	●月●日 隔離終了	
4	利用者氏名C	男	80	要介護3	Ⅱb	●月●日 発熱 ●月●日 陽性判明	●月●日 入院 ●月●日 隔離終了	
5	職員氏名B	女	35			●月●日 倦怠感 ●月●日 陽性判明	●月●日 隔離終了	
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

3) 新型コロナウイルス感染症発生報告書

新型コロナウイルス感染症発生報告書

報告年月日 発生時 年 月 日
 終息時 年 月 日

1 事業所の概要	法人の名称						
	施設の名称						
	施設の所在地						
	電話番号						
	サービス種別						
2 発生時報告	最初に感染者が発生した日	年		月		日	
	発症者数	利用者	人中	人	(うち入院者	人)	
		職員	人中	人	(うち入院者	人)	
	事業所の対応予定	(例: 感染者は居室にて隔離予定、デイサービスを●月●日まで休止予定 など)					
3 終息時報告	終息日	年		月		日	
	発症者数	利用者	人中	人	(うち入院者	人)	
		職員	人中	人	(うち入院者	人)	
	事業所の対応結果	(例: 感染者は居室にて隔離、デイサービスを●月●日まで休止 など)					

記載における留意点	1 新型コロナウイルス感染症発生時
	<ul style="list-style-type: none"> ・「1 事業所の概要」及び「2 発生時報告」を記載して提出してください。 ・「事業所の対応予定」については、感染拡大防止のために実施する予定の対応について記載してください。 対応を検討中の場合や通常どおりサービス提供を実施する場合は記載不要です。
	2 新型コロナウイルス感染症終息時
	<ul style="list-style-type: none"> ・発生時に提出した報告書に「3 終息時報告」を追記して提出してください。 ・「事業所の対応結果」については、感染拡大防止のために実施した対応について記載してください。