

事故報告について

本市の介護保険事業運営につきましては、平素より格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

現在、介護サービスの提供時における転倒等の事故が増えています。

事故の際には市(高齢生きがい課)への連絡及び報告書の提出をして頂いておりますが、**事故発生**の報告がなく、家族等からの相談により市が事故を把握する事例が発生しております。

介護保険法における事故報告の位置づけとして、事故が発生した場合には**速やかに市町村、利用者の家族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**。また、**事故の状況や事故の際に採った処置について記録しなければならない**とされております。

報告の対象につきましては、令和3年3月30日付(高対第1377-1号)栃木県保健福祉部高齢対策課長通知のとおりとなりますので該当する場合は、必ずご報告をお願いいたします。

お手数をお掛けしますが、今後の適正な介護サービスの提供のために改めて事故報告及び事故報告書の提出の徹底をしていただきようお願い申し上げます。

高対第 1377-1 号
令和 3（2021）年 3 月 30 日

県内介護サービス事業所の代表者 様

栃木県保健福祉部高齢対策課長 浅野 尚志

介護サービス事業所における事故等発生時に係る対応について（通知）

このことについては、平成 23 年 3 月 1 日付け栃木県保健福祉部高齢対策課介護保険班通知により運用していたところですが、令和 3 年 3 月 19 日付け（老高発 0319 第 1 号、老認発 0319 第 1 号、老老発 0319 第 1 号）厚生労働省老健局高齢者支援課長、認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名の通知に基づき別紙のとおりとしますので、遺漏のないようよろしくお願いします。

なお、主な変更内容は下記のとおりです。

記

- 1 事故報告の第 1 報は、少なくとも報告様式内の 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 日以内を目安に提出すること。
- 2 怪我の程度については、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ものは、原則として全て報告すること。
- 3 報告様式は別添「事故報告書」によること。
- 4 当該取扱いは、令和 3 年 4 月 1 日以降の報告から適用すること。

介護サービス班 介護事業者チーム TEL 028-623-3149 FAX 028-623-3058

(別紙)

介護サービス事業所における事故等発生時に係る対応について

R3. 4. 1 栃木県保健福祉部高齢対策課

1 介護保険法における事故報告の位置づけ

介護保険指定事業者は、事故発生時には、速やかに市町などに連絡を行うとともに、利用者の生命・身体保護のため適切な対応をとらなければなりません。

指定〇〇事業者は、利用者に対する指定〇〇の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族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。

また、事故の状況及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。

(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(平成11年厚生省令第37号))

2 事故報告の対象

基本的な事故報告の流れは、介護サービス事業所→市町→高齢対策課となります。

事業所の所在地と利用者の保険者(市町)が異なる場合は、両方の市町へ事故報告をしてください。
この時、別添「事故報告書」による報告を原則としてください。

第1報は、少なくとも報告様式内の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日以内を目安に提出してください。

介護サービス事業所から市町への報告について、対象となる事故等の範囲は、次のように取り扱うこととしますが、必要に応じて報告先の市町へ御確認ください。

① サービスの提供による利用者の怪我又は死亡事故の発生(※)

② 食中毒及び感染症、結核の発生

(サービス提供に関連して発生したと認められる場合。なお、関連する法令に届出義務がある場合には、これに従うこと)

③ 職員(従業者)の法令違反、不祥事の発生(利用者の処遇に影響がある場合)

④ 利用者又はその家族等に係る個人情報の漏洩の発生

⑤ その他報告が必要と認められる事故等の発生

※ ①の取扱いについて

注1)「サービスの提供による」とは、送迎・通院等の間の事故を含む。

注2) 怪我の程度については、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ものは、原則として全て報告すること。

注3) 事業所側の過失の有無は問わない。利用者の過失によるけがであっても、注2に該当する場合は報告する。

注4) 利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生ずる可能性があるときは、市町へ報告する。

3 事故再発防止のための改善策に関する報告

事故が起きてしまったら、同じような事故を繰り返さないためにも、全職種が参加する職員会議などの機会に原因解明を行うとともに、再発防止策について話し合ってください。

また、その検討結果について、事故報告先の市町へ提出してください。

指定〇〇事業者は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じること。

(指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について(H11.9.17老企第25号))

※ 市町では、事業所からの事故報告を受けて、必要に応じ現地調査を行い、再発防止に向けた指導を行います。

※ 県では、市町を通じて提出された改善報告について、事業所に対して詳細を確認することがあります。

事故報告書 (〇〇事業所管理者〇〇→〇〇市(町村))

※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チェックし、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：西曆 年 月 日

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												
	所在地及び管理者名									管理者名			
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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）													
<input type="checkbox"/> 食中毒（O157等） <input type="checkbox"/> 感染症（インフルエンザ等） <input type="checkbox"/> 結核													
<input type="checkbox"/> 職員の法令違反等 <input type="checkbox"/> 個人情報の漏洩													
発生時状況、事故内容の詳細													
	その他 特記すべき事項												

