

# 指定介護サービス事業者における事故発生時の報告マニュアル

香川県健康福祉部長寿社会対策課  
(平成20年1月15日制定)  
(平成23年4月7日改正)

## 1 目的

指定介護サービス事業者（以下「事業者」という）が、サービス提供時に発生した事故について、その内容や対応の状況を市町に報告を行うことにより、事業者が市町との連携を円滑に行い、事故に対する適切な対応や再発防止策を講じるとともに、介護サービスの安全と質の向上を図ることを目的とする。

## 2 事業者が事故報告を行う範囲

事業者は、次の事由に該当する場合に市町に対して報告を行うこととする。なお、事業者の住所地と利用者の保険者である市町が異なる場合には双方の市町に報告を行うこととする。

### (1) サービスの提供による利用者のけが等又は死亡事故の発生

(注1)「サービスの提供による」とは、送迎・通院等の間の事故も含む。

また、在宅の通所・入所サービス及び施設サービスにおいては、利用者が事業所内にいる間は、「サービスの提供中」に含まれる。

(注2)けが等の程度については、医療機関へ受診し、治療を要したものを原則とする。

(注3)事業者側の過失の有無は問わない。

(注4)利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性のあるときは報告すること。

### (2) 職員（従業者）の法令違反・不祥事等の発生

(注5)利用者の処遇に関連するものに限る。(例：利用者からの預り金の横領、送迎時の交通事故など)

### (3) その他、報告が必要と認められる事故の発生

## 3 報告を受けた市町の対応の留意点

①事故に係る状況を把握するとともに、事業者による事故への対応が終了していないか、又は、明らかに不十分である場合等、当該事業者の対応状況に応じて、保険者として必要な対応（事実確認、指導等）を行うものとする。

②事業者から文書による報告内容が不十分である場合は、再報告等を求める。

③報告内容をもとに下記4の事由に該当する場合は、県へ報告を行うものとする。

④事故の再発防止策を検討するにあたって、事業者から市町に協力依頼があった場合には、可能な限り対応をする。

## 4 市町から県への報告について

(1)各市町は、事業者から受けた事故報告の内容が、次の事由による場合は、速やかに県に報告（事業所からの報告書の写しで可）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事故により利用者が医療機関で入院治療を要したものの又は死亡したもの

②利用者への身体拘束や虐待が事故の原因となっていると思われるもの

③指定基準違反の恐れがあると思われるもの

④職員の不祥事が原因となっていると思われるもの

⑤その他、他の事業者事例として情報提供することによって、同様な事故の発生防止に寄与すると思われるもの

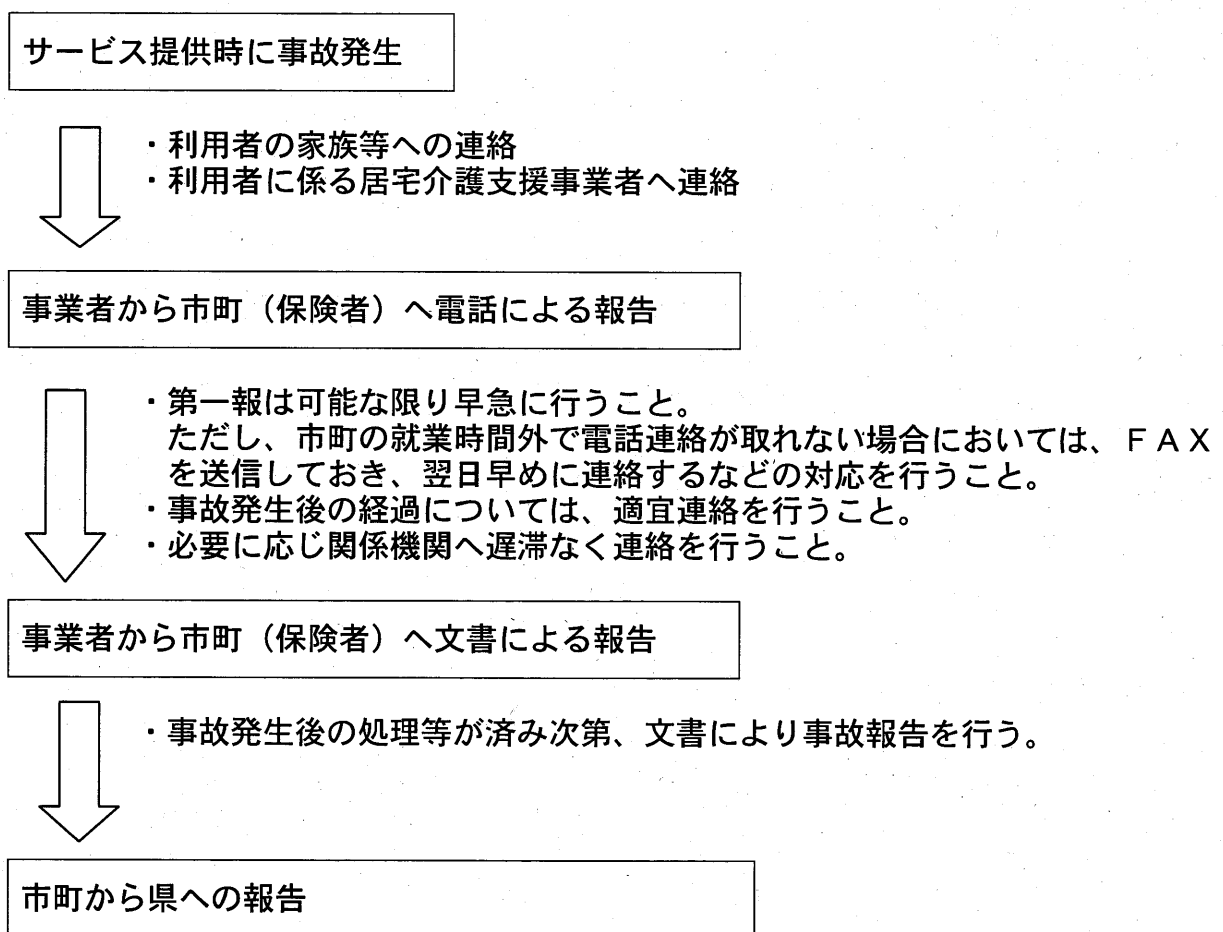
(2)各市町は、事業者から受けた当該年度の事故報告について、別紙様式により、翌4月末日までにメールにて、県に報告するものとする。(1)の報告を含む。)

## 5 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、介護サービスの安全の確保と質の向上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ためのものではない。

### 【報告のフロー図】



次の事由による事故の場合は、速やかに県に報告を行う。

- ・医療機関への入院又は死亡
- ・身体拘束や虐待が事故の原因と思われるもの
- ・指定基準違反の恐れがあると思われるもの 等

毎年4月末日までに、各年度の状況報告をメールにて行う。(上記の報告を含む。)

# 介護保険事業者 事故報告書 (事業者→市町)

平成 年 月 日

1 事業所の概要	法人名	記載者		職名	氏名
	事業所(施設)名	事業所番号			
	所在地	電話番号			
		FAX番号			
サービス種類 (事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	
	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	
	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	
	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
2 対象者	氏名・年齢・性別	年齢:		性別:	
	日常生活自立度等	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	要介護度	
	被保険者番号	サービス提供開始日		年	月 日
	住所	保険者名			
3 事故の概要	発生日時	年 月 日 ( )		時 分 頃	
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室	<input type="checkbox"/> 廊下	<input type="checkbox"/> 食堂等ホール	<input type="checkbox"/> トイレ
		<input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室	<input type="checkbox"/> 駐車場	<input type="checkbox"/> 道路上	<input type="checkbox"/> 玄関
		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
	事故の原因 (複数の場合は最も症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 転倒	<input type="checkbox"/> 転落	<input type="checkbox"/> 感染	<input type="checkbox"/> 介護中の負荷
	<input type="checkbox"/> 誤嚥	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 殴打	<input type="checkbox"/> 無断外出	
	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
事故の種別 (複数の場合は最も症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼	<input type="checkbox"/> 外傷	<input type="checkbox"/> 感染症	
	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
死亡に至った場合はその死亡年月日: 平成 年 月 日					
事故の内容					
4 事故発生時の対応	対処の仕方				
	治療した医療機関名、住所等				
	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院				
診断・治療の概要					
連絡済の関係機関					
5 事故発生後の対応	利用者の状況				
	(病状 その他の状況 家族への説明の内容)				
損害賠償等の状況					
再発防止に向けての 今後の取り組み (原因の分析も含め 具体的に記載)					

注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

# 介護保険事業者 事故報告書 (事業者→市町)

速やかに報告。遅れる場合には電話で一報を入れる。

年 月 日

1 事業所の概要	法人名	← 正確に記載		記載者	職名	氏名	
	事業所(施設)名	← 正確に記載		問合わせに対応できるように内容が分かる方を記載。			
	所在地	〒					FAX番号
	サービス種類 (事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護		
2 対象者	氏名・年齢・性別	年齢:		性別:			
	日常生活自立度等	障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度		要介護度	
	被保険者番号	サービス提供開始日		年 月 日			
	住所	住 所		保 険 者 名			
3 事故の概要	発生日時	年 月 日 ( )		時 分 頃			
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 駐車場	<input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> 道路上	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 玄関		
	事故の原因 (複数の場合は最も症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事	<input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 殴打	<input type="checkbox"/> 介護中の負荷 <input type="checkbox"/> 無断外出		
	事故の種別 (複数の場合は最も症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事	<input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	事故の内容	← 時間的経過及び事故発生時の状況や原因が分かるように具体的に記載。緊急搬送した場合は時間も記入。					
4 事故発生時の対応	対処の仕方	← 時間的経過、誰の指示で何をされたのが記載					
	診断・治療の概要	← 分かる範囲で具体的に記載					
	連絡済の関係機関	← 電話により一報も含め連絡した関係機関等を記載					
5 事故発生後の対応	利用者の状況 (病状 その他の状況 家族への説明の内容)	← 家族等に行った事故に関する報告・説明は誰にどのように行ったか、また事故に対する了承が得られたかを具体的に記載。					
	損害賠償等の状況	← 見舞金、医療費、損害賠償等具体的に記載。					
	再発防止に向けての 今後の取り組み (原因の分析も含め 具体的に記載)	← 再発防止に関する組織内会議等の検討内容も記載。具体的に記載。					

注) 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。