

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、速やかに鹿沼市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（平成18年厚生省令第34号）)

2 事故報告の対象

・ 基本的な事故報告の流れは、介護保険サービス事業所の場合は、事業所→市町（※）→県（高齢対策課）、特定施設入居者生活介護に該当しない特定施設（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム）の場合は、施設→県（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、両方の市町へ報告してください。

・ 報告の様式は、市町が独自に定める場合を除き、原則として、別添「事故報告書」を使用してください。

・ 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。

・ 事故報告書は原則として電子メール等の電磁的方法により提出してください。

2 事故報告の対象範囲

報告の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や県に御確認ください。

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。

※ 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、事業所に詳細を確認することがあります。

事故報告書 (事業者→〇〇市(町村))

(別紙)

※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： 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											
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"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <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	秒	分項(24時間表記)
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多居室) <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"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 利用者又はその家族等に係る個人情報の漏洩の発生										
		<input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 不明										
<input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 食中毒・感染症・結核の発生 <input type="checkbox"/> その他()												
<input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 職員(従業者)の法令違反・不祥事の発生												
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()										
5事故発生時の対応	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												

5 事故発生時の対応	発生時の対応 (応急処置等を記載)											
	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:) <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 (病状、入院の有無等)											
	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()									
		家族への対応 (報告・説明の概要)										
		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() <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 事業所名()										
本人、家族、関係先等への追加対応予定 (霜害賠償等の状況等)												
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)											
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)											
9 その他 特記すべき事項												