

長福第 1352 号

令和3年3月30日

各介護保険事業所 管理者 殿

茨城県保健福祉部福祉担当部長

介護保険事業者における事故発生時等の報告の取扱いについて（通知）

このことについては、平成18年3月30日付高福第3495-1号通知により、標準様式をお示ししているところですが、今般、国から別添のとおり報告様式が示されましたので、別添様式を参考にされますようお願いいたします。

【担当】

茨城県保健福祉部長寿福祉推進課

介護保険指導・監査グループ

TEL 029-301-3315

老高発 0319 第 1 号
老認発 0319 第 1 号
老老発 0319 第 1 号
令和 3 年 3 月 19 日

都道府県
各 指定都市 介護保険主管部（局）長 殿
中核市

厚生労働省老健局高 齢 者 支 援 課 長
（ 公 印 省 略 ）
認知症施策・地域介護推進課長
（ 公 印 省 略 ）
老 人 保 健 課 長
（ 公 印 省 略 ）

介護保険施設等における事故の報告様式等について

介護保険施設については、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（平成十一年厚生省令第三十九号）、介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十号）、健康保険法等の一部を改正する法律附則第三百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十一号）、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（平成三十年厚生労働省令第五号）、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（平成十八年厚生労働省令第三十四号）に基づき、サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずることとされている。

今般、「令和 3 年度介護報酬改定に関する審議報告」（令和 2 年 12 月 23 日社会保障審議会介護給付費分科会）において、「市町村によって事故報告の基準が様々であることを踏まえ、将来的な事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等の検討に資する観点から、国において報告様式を作成し周知する」とされたことも踏まえ、介護保険施設等における事故報告の様式を別紙のとおり示すので、同様式の活用及び管内市町村や管内事業所への周知をお願いします。

記

1. 目的

- 介護事故の報告は、事業所から市町村に対してなされるものであるが、報告された介護事故情報を収集・分析・公表し、広く介護保険施設等に対し、安全対策に有用な情報を共有することは、介護事故の発生防止・再発防止及び介護サービスの改善やサービスの質向上に資すると考えられる。
- 分析等を行うためには、事故報告の標準化が必要であることから、今般、標準となる報告様式を作成し、周知するもの。

2. 報告対象について

- 下記の事故については、原則として全て報告すること。
 - 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
- その他の事故の報告については、各自治体の取扱いによるものとする。

3. 報告内容（様式）について

- 介護保険施設等において市町村に事故報告を行う場合は、可能な限り別紙様式を使用すること。※市町村への事故報告の提出は、電子メールによる提出が望ましい。
- これまで市町村等で用いられている様式の使用及び別紙様式を改変しての使用を妨げるものではないが、その場合であっても、将来的な事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等の検討に資する観点から、別紙様式の項目を含めること。

4. 報告期限について

- 第1報は、少なくとも別紙様式内の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。
- その後、状況の変化等必要に応じて、追加の報告を行い、事故の原因分析や再発防止策等については、作成次第報告すること。

5. 対象サービスについて

- 別紙様式は、介護保険施設における事故が発生した場合の報告を対象とし作成したものであるが、認知症対応型共同生活介護事業者（介護予防を含む）、特定施設入居者生活介護事業者（地域密着型及び介護予防を含む）、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム及び軽費老人ホームにおける事故が発生した場合にも積極的に活用いただきたい。また、その他の居宅等の介護サービスにおける事故報告においても可能な限り活用いただきたい。

事故報告書 (事業者→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：西暦 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"/> 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									
発生日時	西暦		年		月		日		時		分項(24時間表記)	
4事故の概要	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)									
			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：) <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)								
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									

高福 第3495-1号
平成18年 3月30日

各介護保険事業所 管理者 殿

茨城県保健福祉部長
(公 印 省 略)

介護保険事業者における事故発生時等の報告の取扱いについて (通知)

本県の介護保険行政の推進につきましては、日頃よりご支援・ご協力をいただき感謝申し上げます。

さて、介護保険法に基づく運営基準において、介護サービスの提供により事故が発生した場合については、保険者である市町村に連絡を行うこととされております。しかし、事故発生時に報告が行われず、後日、苦情等により事故の発生が判明するといった事例が数多く見受けられます。

つきましては、介護サービスの提供による事故等が発生した場合に、市町村の介護保険担当課への速やかな報告を図るため、別添「介護保険事業者における事故発生時等の報告の取扱いに係る標準例」を作成いたしましたので、貴施設(事業所)での事故発生時対応の参考としてください。

今後とも利用者に対する安全で安心な介護サービスの確保について、なお一層留意されるとともに、事故等発生時における適切な対応に努められるようお願いいたします。

茨城県保健福祉部 高齢福祉課介護保険室 川上 TEL 029-301-3343 FAX 029-301-3348
--

介護保険事業者における事故等発生時の報告の取扱いに係る標準例

第1 目的

介護保険法に基づく運営基準において、介護保険事業者（以下「事業者」という。）は、介護サービスの提供により事故が発生した場合には、保険者である市町村及び家族に連絡を行うこととされており、さらに、利用者の生命等に係る重大な事故等については、県への報告を求めているところである。

しかし、市町村への報告がなく、その後の苦情等により事故等の発生が判明する事例が、数多く見受けられる状況にある。

介護サービスの提供により事故等が発生した場合は、迅速な対応を行い、事故等の速やかな解決及び再発防止を行う必要がある。

第2 標準例

事故等の報告の取扱いについては、以下を標準とする。

この標準例は、事故発生時における関係機関への報告の取扱いについての指針として示すものであり、事業者においてはこの標準例を参考としてマニュアル等を作成し、事故等の報告について万全を期されたい。

1 報告すべき事故の範囲

報告すべき事故の範囲は、原則、以下のとおりとする。

(1) サービス提供による利用者の事故等

ア. 事故等とは、死亡事故の他、転倒等に伴う骨折や出血、火傷、誤嚥、誤薬等サービス提供時の事故により、医療機関で治療（事業所内での医療処置を含む）、又は入院し、新たに心身に障害が加わるおそれや、介護保険の要介護度が現在より重度になるおそれがあるものを原則とする。ただし、比較的軽度な擦過傷や打撲など日常生活に大きな支障がないものを除く。

イ. 事業者側の責任や過失の有無は問わず、利用者の自身に起因するもの及び第三者によるものを含むものとする。

ウ. サービス提供には、送迎等も含むものとする。

(2) 食中毒、感染症（結核、インフルエンザ、疥癬他）の集団発生

(3) 従業員の法律違反・不祥事等利用者の処遇に影響のあるもの

(4) その他、火災、震災、風水害等の災害により介護サービスの提供に影響する重大な事故等

2 報告事項

(1) 市町村及び県への報告は、別添の標準様式を参考にする。

ただし、市町村で報告様式が定められている場合や、次の①の項目が明記されている書式がある場合には、それによっても差し支えない。

①事故等報告書

次に掲げる事項を記載するものとする。

ア. 事業者及び事業所等の名称、所在地及び電話番号（事業所等の責任者名、連絡

先電話番号)

イ. 利用者の氏名, 住所, 電話番号, 年齢, 性別, 要介護度, 被保険者番号

ウ. 発生日時及び発生場所

エ. 事故の概要

原因及び対応を時系列に記載する。

オ. 事故時の対応

治療した医療機関名, 家族への連絡状況等を記載する。

カ. 事故後の対応

利用者や家族の現況, 再発防止への取り組み, 損害賠償等の状況を記載する。

(2) 報告に際しては, その他必要と認める書類を添付する。

例) 事故発生場所の見取り図, サービス計画書, 緊急時の連絡体制 等

3 報告手順

事故等が発生した場合は, 速やかに家族に連絡するとともに市町村に報告する。

なお, 利用者の死亡に至る事故など生命等に係る重大な事故等については, 併せて茨城県保健福祉部高齢福祉課にも報告する。

また, 感染症の集団発生が疑われる場合には, 速やかに嘱託医・協力医療機関に相談し, 当該嘱託医等の判断のもと, 当該嘱託医から管轄保健所に連絡し, 併せて, 市町村及び茨城県保健福祉部高齢福祉課に報告する。

(1) 第一報

事業者は, 事故等が発生した場合は, 速やかに家族に連絡するとともに, 市町村に報告書を提出し, 居宅介護支援事業者にも同様の報告書を提出する。

緊急性の高いものは, 電話又はファックス等により事故等発生の第一報の連絡を行い, その後速やかに報告書を提出する。

なお, 利用者の生命等に係る重大な事故等については, 茨城県保健福祉部高齢福祉課にも, 市町村と同様の報告書を提出する。

(2) 途中経過及び最終報告

事業者は, 事故処理が長期化する場合は, 適宜, 途中経過を報告するとともに, 事故処理について区切りがついた時点で, 報告書を提出する。

(標準様式)

事故等報告書

殿

報告年月日 平成 年 月 日

報告者

事業者の名称及び所在地

Tel

事業所の名称及び所在地

Tel

責任者名

連絡先

利用者	氏名				住所 電話番号	Tel:	
	性別	年齢	歳	要介護度	被保険者番号		
事故の 概要	発生日時	平成 年 月 日 時 分			発生場所		
	【概要(原因・経緯等)】						
事故時 の対応	治療した医療機関名				医療機関所在地		
	【治療の概要】						
【家族等への連絡状況】							

事故後の対応	【利用者や家族の現在の状況】
	【事業所としての再発防止への取り組み】
	【損害賠償等の状況】
その他連絡事項	