

## 介護保険サービス提供中の事故発生に係る取扱い

本資料は、県の「介護保険サービス提供中の事故発生に係る取扱要領（R6.11.29 施行）」の一部を抜粋し作成しています。

介護保険サービス提供中の事故発生に係る取扱いは、各保険者によって要綱等や様式が定められている場合がありますので、被保険者が属する保険者に要綱等や様式の確認をしてください。

### ▶事故報告の対象となる事業者及び介護保険サービス

**次の①②の事業者（以下「事業者等」という。）が行う介護保険適用サービスとする。**

- ① 山梨県知事又は市町村長が指定又は許可する居宅サービス事業者、介護保険施設又は介護予防サービス事業者
- ② 市町村が指定する地域密着型サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は基準該当居宅サービス事業者

### ▶報告の範囲

**事業者等は、次の①～③の場合、市町村（以下「保険者」という。）に報告するものとする。**

- ① サービスの提供中に利用者にケガ又は死亡事故が発生した場合

(注 1) 「サービスの提供中」とは送迎等の間も含む。通所、短期入所及び施設サービスにおいては、利用者等が事業所内にいる間は、「サービスの提供中」に含むものとする。

(注 2) ケガとは、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場合とする。

(注 3) 事業者等の過失の有無は問わない。（利用者の自己過失によるケガであっても、注 2 に該当する場合は報告すること）

(注 4) 利用者が、事故発生から、ある程度の期間を経てから死亡した場合についても、速やかに保険者に報告書を再提出すること。

- ② 従業者の法令違反・不祥事等の発生

(注 1) 利用者の処遇に影響があるものについては報告すること。（例：利用者等からの預かり金の横領、送迎時等の交通事故等）

- ③その他、報告が必要と認められる事故の発生

### ▶報告先と報告手順

**事業者等は、報告すべき事故が発生した場合、下記の手順のとおり、被保険者の属する保険者と被保険者及びその家族に報告するものとする。**

- ① 事故後、事業者等は、速やかに電子メール等の電磁的方法により報告することとする。（第一報）

(注 1) 「速やかに」の期限については、最大限の努力をして可能な範囲とする。（例えば、午後に事故が起り、処置等のために数時間を使い、終業時間が過ぎた場合には、翌朝早くに報告を行う等、社会通念に照らして、最大限の努力をすることが必要）遅くとも、事故発生後 5 日以内を目安に提出すること。

(注 2) 電子メール等に使う書式は、別添に定められた書式とする。（（様式 1 の 1）と（様式 1 の 2））（①②③の順に、同じ様式を使って、徐々に必要な箇所が埋まっていく形が望ましい。保険者では、それらを積み重ねて処理し、状況を把握することが可能となる。）

- (注3) 電子メール等の使用にあたっては、個人情報の保護に十分配慮すること。
- ② 事故処理の経過についても、電子メール等で適宜報告することとする。
- ③ 事故処理の区切りがついたところで、文書で報告することとする。

### ▶報告を受けた保険者の対応

事業者等から報告を受けた保険者においては、当該事業者等の対応状況に応じて必要な対応を行う。  
この場合、当該被保険者の属する保険者が主たる対応を行うものとするが、事業者等への事実確認等において必要がある場合は、事業所等の所在地たる市町村の他、関係市町村等と連携を図るものとする。

① 事業者等の事故に対する対応（一連の処理）の確認

例えば、「今後の対応は未定」等の報告があった場合は、対応が確定した時点での再報告を求める。また、「利用者がケガをしたが、家族等へは連絡していない」等の報告があった場合は、連絡・説明するように指導し、その結果の再報告を求める。

② 事業者への指導等

保険者が指定する事業者等における報告について、基準違反のおそれがあると判断される場合には、保険者は、現地調査や指導等を行うものとする。

③ 県への連絡・報告

保険者は、一ヵ月ごとに、すべての事故（事故処理の区切りがついた事故で事業者等から文書で報告があったもの）を翌月の10日までに、県健康長寿推進課に報告するとともに、利用者・家族からの苦情があった場合は、「介護保険サービス相談・苦情対応要領（山梨県作成）」に基づいて必要な対応を行う。

なお、県又は保険者において緊急に指導を要すると判断される場合は、至急県に連絡をする。

### ▶県の対応

保険者から連絡・報告を受けた県では、県が指定又は許可する事業者等における報告について、基準違反のおそれがあると判断される場合は、現地調査や指導等を行う。

また、報告内容については、事故事例として事業者等への指導や注意を喚起する通知等へ反映させるとともに、他の保険者へ情報提供を行う。

(様式 1 の 1)

番 号  
年 月 日

市町村介護保険主管課長 殿

法 人 名  
事業所名  
所 在 地  
管理者名

事 故 報 告 書

年 月 日に介護保険サービスの提供により事故が発生しましたので、別紙のとおり報告します。

## 事故報告書 (事業者→ 市町村)

(様式1の2)

※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

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第 <u>  </u> 報	<input type="checkbox"/> 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	自立
4 事 故 の 概 要	認知症高齢者 日常生活自立度	I	II a	II b	III a	III b	IV	M			
	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		
事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒		<input type="checkbox"/> 誤嚥、与薬もれ等		<input type="checkbox"/> 骨折						
	<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"/> 打撲・捻挫・脱臼		<input type="checkbox"/> その他( )						
	<input type="checkbox"/> 異食		<input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事等								
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	報告した家族等の統柄	<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			<input type="checkbox"/> 警察			<input type="checkbox"/> その他			
	本人、家族、関係先等への追加対応予定	自治体名（            ） 警察署名（            ） 名称（            ）									
	損害賠償等の状況										
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)										
	(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)											
9 その他 特記すべき事項											