

高生第1016号

令和3年4月20日

各市町村長 殿

鹿児島県くらし保健福祉部

高齢者生き生き推進課介護保険室長

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の改定について（通知）

このことについて、国において介護保険施設等における事故の報告様式が示されたことも踏まえ、別添のとおり報告マニュアルを改定しましたので通知します。

なお、「指定（介護予防）居宅サービス事業所等において新型コロナウイルス感染者が発生した場合の報告等について」（令和3年3月1日付け高生第1680号）の別添（事業所向け通知文の写し）においても記載のとおり、項目3の（3）「感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたとき、規定値を超えるレジオネラ属菌が検出されたとき」の注意書き部分で、（注2）の報告の範囲については、平成17年老発第0222001号厚労省局長通知を原則としますが、新型コロナウイルス感染症については、感染者が1人発生した場合でも、状況を把握する必要があることから、報告していただくこととしていますので申し添えます。

また、改定後のマニュアルについて、介護保険施設等に対しては、集団指導にて説明予定です。

（主な改定内容）

## 1 報告様式の変更

（令和3年3月19日付け厚生労働省課長通知「介護保険施設等における事故の報告様式等について」に基づく変更）

## 2 項目3の（3）の注意書きの国の通知表記を補足

（「厚労省局長通知」を追記）

## 【問合せ先】

くらし保健福祉部高齢者生き生き推進課

介護保険室事業者指導係 担当 徳田

TEL 099-286-2678

FAX 099-286-5554

E-mail k-jigyokagoshima.lg.jp

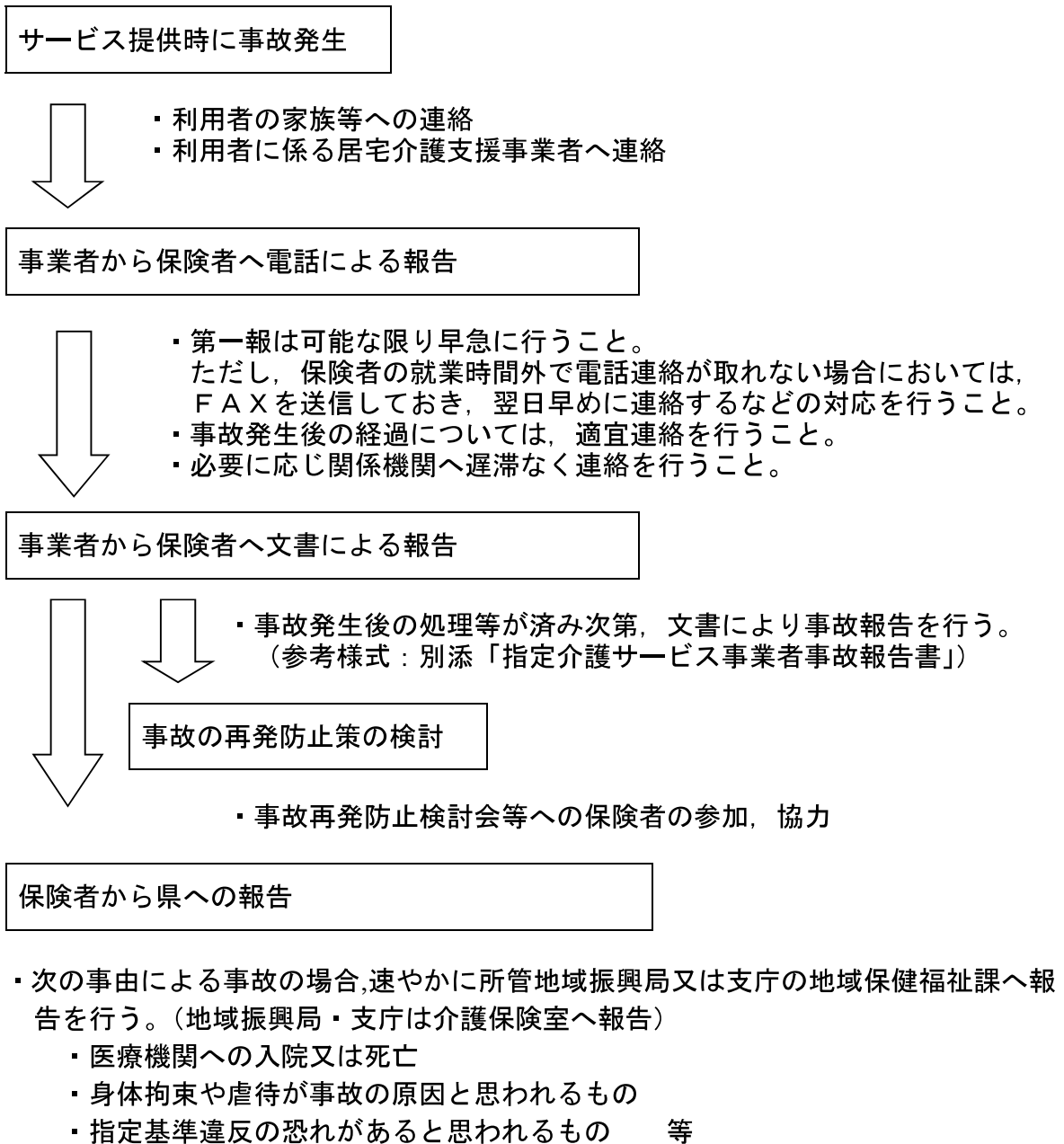
# 指定介護サービス事業者における事故発生時の報告マニュアル

鹿児島県くらし保健福祉部  
高齢者生き生き推進課介護保険室  
(令和3年4月20日改定)

## 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保険者に報告を行うことにより、事業者が保険者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 報告のフロー図



### 3 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保険者に対して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怪我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)怪我の程度については、医療機関で受診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)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) 感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたとき、規定値を超えるレジオネラ属菌が検出されたとき

(注1)保健所等関係機関へも報告を行い、関係機関の指示に従うこと。

(注2)報告の範囲については、「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について（平成17年老発第0222001号厚労省局長通知）」に従って報告すること。

#### (4) その他、報告が必要と認められる事故の発生

### 4 報告を受けた保険者の対応の留意点

- ① 事故に係る状況を把握するとともに、事故への対応が終了していないか、又は、明らかに不足してい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足している場合は、再報告等を求める。
- ③ 報告内容をもとに下記5の事由に該当する場合は、所管の地域振興局・支庁（地域保健福祉課）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、事業者から保険者に協力依頼があった場合には、可能な限り対応をする。

### 5 保険者から県への報告について

次の事由による事故の場合は、県に報告するものとする。

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 感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたとき、規定値を超えるレジオネラ属菌が検出されたとき
- ⑥ その他、他の事業者に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資すると思われるもの

### 6 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、県内事業者等のリスクマネジメントの強化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ものではない。

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									
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( )										
		<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(チューブ除去等)										
		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 <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								