

高生第5081号
令和4年10月13日

鹿児島県内（鹿児島市を除く）
各介護サービス事業者様

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

介護サービス事業者における事故報告マニュアルの改定について（通知）

日頃より、県の介護保険行政に御協力いただき厚く御礼申し上げます。

さて、介護サービスの提供により事故が発生した場合は、各サービスに毎に定められた国の基準により市町村等へ報告を行うこととされています。県では、事故報告の速やかな対応が図られるよう「介護サービス事業者における事故報告マニュアル」を作成しているところですが、この度、同マニュアルを下記のとおり一部改定しましたので通知します。

なお、同改定マニュアルは県ホームページに掲載し、事故報告書の記載例についても近く掲載する予定です

今後とも、引き続き事故の発生防止に努めてくださるようお願いいたします。

記

○一部改定の内容

- ・ 報告が必要な事故の範囲とした感染症のうち、新型コロナウイルス感染症に関する「当分の間」の取扱いを廃止し、併せて新型コロナウイルス感染症及び基準値を超えるレジオネラ属菌の検出については、事故報告の対象としないこととした。
- ※ 国による『介護現場における感染対策の手引き（第2版）』に基づく新型コロナウイルス感染症の報告の取扱いに変更はありません。（同手引きに基づき市町村や保健所へ迅速に報告する。）
- ※ 基準値を超えるレジオネラ属菌が検出されただけでは報告の対象としませんが、感染症であるレジオネラ症が発生又は発生が疑われる場合（マニュアル3（3）の注1）ア）～ウのいずれかに該当する場合は報告が必要です。
- ・ 事故報告の報告時期を「発生から5日以内を目安とする」ことを明記。
- ・ 感染症、食中毒に関する事故は引き続き報告対象とするが、報告時期については「5日以内にかかわらず、事態が落ち着いて報告書作成が可能となった時点で行うものとする」取扱いとした。

■問合せ先

介護保険室事業者指導係（担当：大迫）
TEL：099-286-2678

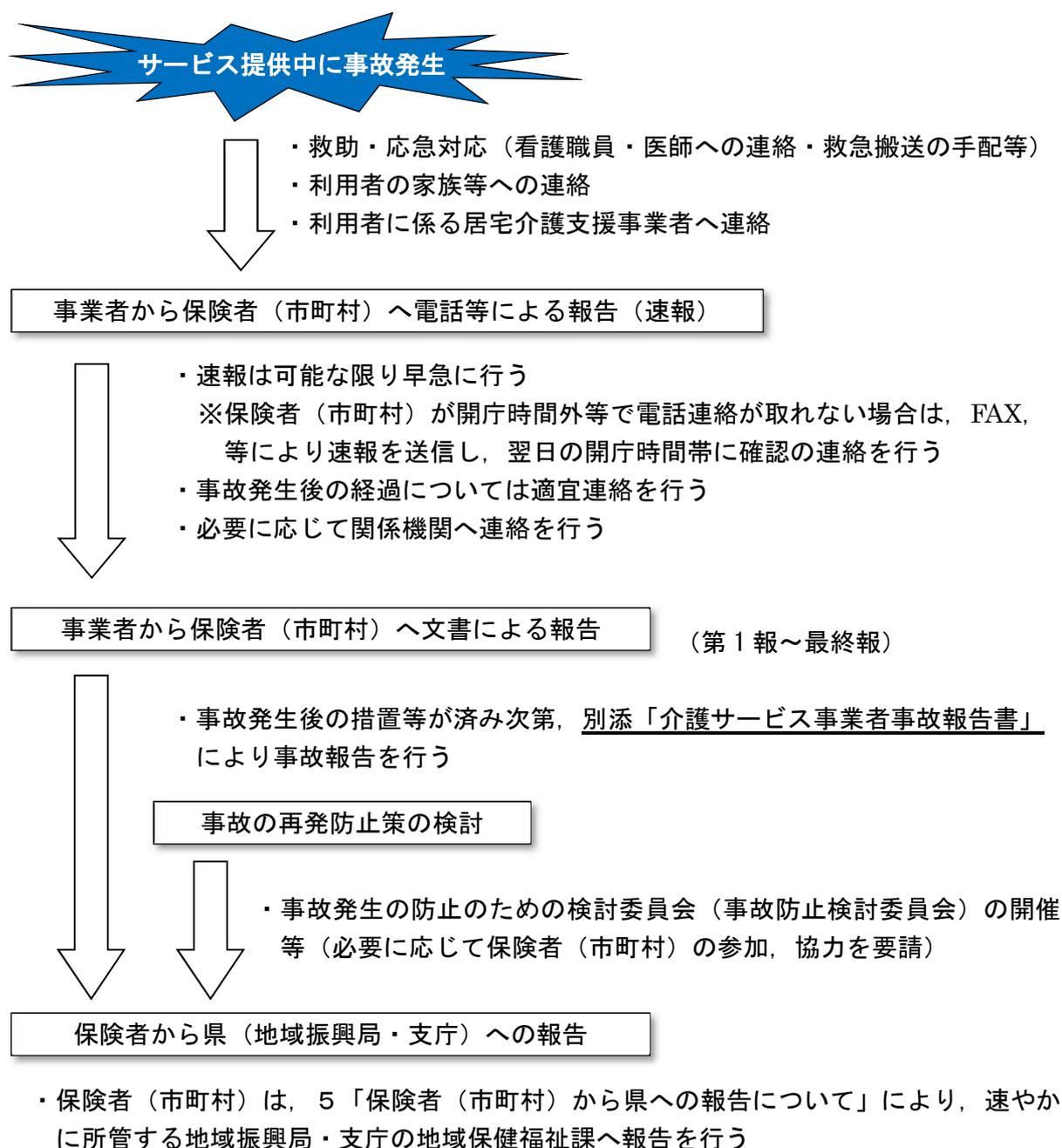
介護サービス事業者における事故報告マニュアル

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4年10月13日改定)

1 目的

介護サービス事業者（以下「事業者」という）が、サービス提供により発生した事故について、その内容や対応の状況を保険者（市町村）に報告する際の手順等について整理し、事業者と保険者（市町村）との連携を円滑に行うとともに、再発防止策等の必要な措置を講じることにより事故発生時の速やかな対応が図られるよう支援することを目的とする。

2 報告のフロー図



3 報告が必要な事故の範囲

事業者は、次の事由に該当する場合に、保険者（市町村）へ事故報告を行うものとする。

（1）サービス提供により発生した死亡事故又は受傷事故等

注1) 「サービス提供により」とは、通所系サービス及び短期入所生活介護、短期入所療養介護においては、サービス提供時間及び利用者が事業所内に滞在している時間、送迎等によるものを含む。

注2) 受傷事故の程度については、原則として医療機関の受診を要したものを対象とする。

注3) 事業者側の過失の有無は問わない。

注4) 病気による死亡は含まない。ただし、死因に疑義が生じる可能性があるときは報告の対象とする。

（2）職員（従業者）による法令違反・不祥事等

注) 利用者の処遇に関連するものに限る。（例：利用者への暴力、利用者の金品等の横領、送迎時等の交通事故など。）

（3）感染症若しくは食中毒の発生又はそれらが疑われる場合

注1) 報告の対象は、「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号厚生労働省老健局長連名通知）」に従い、次のとおりとする。

ア) 同一の感染症や食中毒による、又はそれらが疑われる死亡者や重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合

イ) 同一の感染症や食中毒の患者、またはそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

ウ) ア) 及びイ) に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長（管理者）が報告を必要と認めた場合

注2) 感染症のうち新型コロナウイルス感染症については、報告の対象としない。

注3) 感染症については、事故報告の対象とならない場合であっても「介護現場における感染対策の手引き 第2版（令和3年3月厚生労働省老健局）」に従い、指定権者等への報告を要するものであること。

【参考】

感染症の場合、県の事故報告マニュアルでは、あくまで「事故」として取り扱う場合を想定していますので、利用者が感染若しくは感染が疑われる場合（職員の感染に伴う場合も含む）のみを報告の対象としています。

一方、「介護現場における感染対策の手引き 第2版」による指定権者への報告はリアルタイムで情報共有することが目的ですので、必ずしも事故報告マニュアルに沿ったものである必要はありません。（事故報告の様式を指定権者への報告に使用することは可能）

<厚生労働省へ確認済み>

（４）その他、報告が必要と認められる事故の発生

上記（１）～（３）のほか、施設長（管理者）が特に必要と認め、保険者（市町村）へ問い合わせ報告の必要があると判断されたもの

4 報告の時期

事故報告は、発生から５日以内を目安に報告を行うものとする。

ただし、感染症、食中毒については、発生直後は、拡大防止等の対応を優先する必要があることから、５日以内にかかわらず、事態が落ち着いて報告書作成が可能となった時点で行うものとする。

5 報告を受けた保険者（市町村）における留意点

- ① 事故の状況、事故に至った経緯を把握するとともに、事故への対応が不十分、又は、報告書の記載内容に不明な点がある場合など、当該事業者の対応状況に応じて必要な事実確認、指導等を行うものとする。
- ② 事故報告書の記載内容に不備がある場合は、再提出を求める。
- ③ 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（市町村）に協力依頼があった場合は、可能な限り対応する。

6 保険者（市町村）から県への報告について

次の事由による事故の場合は、所管する県の地域振興局・支庁（地域保健福祉課）へ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 死亡事故又は受傷事故等（原則として医療機関で入院加療を要したもの）
- ② 利用者への暴力、身体拘束や虐待が事故の原因と思われるもの
- ③ 職員（従業者）による法令違反、不祥事等
- ④ 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
- ⑤ その他、県への情報提供が必要と認められるもの

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、事業者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。

【当マニュアルについて】

このマニュアルは、鹿児島県内で介護サービスを提供する事業者が、サービス提供により事故が発生し、各基準省令の規定に基づき市町村に対して事故報告を行う際に、手続きの目安となるよう手順等について整理したものです。

なお、鹿児島県では、従来から同マニュアルにおいて、事故報告書の提出先を市町村ではなく保険者と標記していますが、事故報告は利用者の保険給付を管理する保険者にとっても必要な情報として位置付けているためです。

事業者の皆様におかれましては、御理解の上、今後も引き続き御協力をお願いします。

■別添「介護サービス事業者事故報告書」

様式（Excel 形式）は、県ホームページからダウンロードしてください。

URL : <http://www.pref.kagoshima.jp/ae05/kenko-fukushi/koreisya/zigyosya/ziko.html>

■問合せ先

〒890-8577

鹿児島県鹿児島市鴨池新町 10-1

鹿児島県くらし保健福祉部高齢者生き生き推進課

介護保険室事業者指導係

【電話】 099-286-2678

【FAX】 099-286-5554

【メール】 k-jigyo@pref.kagoshima.lg.jp

介護サービス事業者事故報告書
事故報告書 (事業者 → ○○市)

記載例

※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選択(□又は☑)し、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

<input checked="" type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第 報	<input type="checkbox"/> 最終報告	提出日:西暦	2022年	10月	26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 checked="" 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	医療法人 ○○会											
	事業所(施設)名	介護老人保健施設○○苑						事業所番号	4600000000				
	サービス種別	介護老人保健施設											
	所在地	○○市○○町123番地											
3 対象者	氏名・年齢・性別	氏名	介護 太郎			年齢	80		性別:	<input checked="" type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性		
	サービス提供開始日	西暦	2022	年	4	月	10	日	保険者	○○市			
	住所	<input checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症高齢者 日常生活自立度			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	I	II a	II b	III a	III b	IV	M						
4 事故の概要	発生日時	西暦	2022	年	10	月	21	日	17	時	30	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 転倒			<input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等			<input type="checkbox"/> (自由記載3)					
	<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"/> (自由記載1)			<input type="checkbox"/> その他()						
	<input type="checkbox"/> 異食			<input type="checkbox"/> (自由記載2)									
発生時状況、事故内容の詳細	<ul style="list-style-type: none"> 食堂の自席から立ち上がり移動しようとした際、杖がテーブルの脚に引っ掛かりバランスを崩して右方向へ転倒。 食堂内には数名の職員がいたが、利用者が立ち上がったことに気づかなかった。 												
その他特記すべき事項	杖を使い自立歩行が可能な入所者であるが、認知症の進行と筋力低下が見られ歩行器の使用を検討していた。												
5 事故発生時の対応	発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ドンという音に気づき、すぐに介護職員1人が駆けつけ安全確認を行い、本人の状態を確認。 そのままの状態で見守り職員へ連絡し、看護職員とともに救護にあたる。 職員2人で車椅子へ移乗、居室へ移動しベッドへ臥床していただく。 看護職員とともに全身をチェック、皮下出血等はないが疼痛の訴えがあったので炎症剤を塗布し、応急措置。 施設医師へ報告したところ整形外科を受診するよう指示があり、すぐに○○整形外科を受診。 											
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応			<input checked="" 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	○○整形外科病院					連絡先(電話番号)	099-286-0000				
	診断名	右大腿骨転子部骨折											
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷			<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼			<input checked="" type="checkbox"/> 骨折(部位: 右大腿骨転子部)					
		<input type="checkbox"/> その他()											
検査、処置等の概要	レントゲン、CT検査												

介護サービス事業者事故報告書

6 事故発生後の状況	利用者の状況	○月○日：レントゲン検査の結果、右大腿骨転子部骨折との診断あり、後日、手術を行うため〇〇整形外科病院へ入院となった。 ※第2報以降、最終報までの場合 ○月○日：手術、術後の経過は良好							
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他()						
		報告年月日	西暦	2022	年	9	月	21	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()							
本人、家族、関係先等への追加対応予定	主治医〇〇内科クリニック〇〇医師へ連絡予定								
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)								
	本人要因	・椅子とテーブルの間に十分な間隔(スペース)がない状態で立ち上がろうとした。 ・認知症により、理解力、注意力が低下していた。 ・歩行状態は、ふらつきがあり筋力低下がみられた。							
	職員要因	・食堂に2名の職員がいたが、他の利用者を介助中で見守りが十分でなかった。 ・杖歩行で歩行は自立されていたため、転倒リスクを予測していなかった。							
	環境要因	・椅子の位置がテーブルの脚に近く、窮屈な位置にあった。 ・立ち上がり移動する意思を職員に伝える(介助を求める)手段がなかった。							
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)								
	手順変更	・これまでの手順を再確認し、変更は必要ないと判断されたが、常に事故が発生するかもしれないという意識を持って介護に当たることを確認。 ・特に次の点について取組を強化する。 ◎転倒・転落等のリスクの大きい利用者の情報を整理し施設内で共有する。 ◎食事が終わっても食堂で寛ぐ利用者がいる場合は見守りができる体制を維持する。							
	環境変更	・テーブルと椅子の配置を今までより広くする。併せてテーブルを1客増やす。 ・移動の際、利用者が職員に介助を求めるための「呼び鈴」を設置する。							
	その他の対応	・利用者の疾病、障害等による行動特性を知る。 ・継続的な見守りで介助のタイミングを把握する。 ・それぞれの部門で特に起こりやすい事故を想定した実践に即した研修を行う。							
	(評価時期)	・事故発生後○月○日に開催した事故発生防止委員会から1ヶ月後の○月○日に同委員会を開催し、防止策の効果を評価することを決定。 ・実践結果を事故発生防止委員会に報告し、効果を検証する。							
	(結果)								
9 その他 特記すべき事項	損害賠償の有無	有	・サービス提供中に発生した事故であり、御家族へ謝罪するとともに入院等に要した費用は施設(事業所)負担することを決定。 ・損害賠償保険により対応する予定。						
	その他								