

杵築市介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領

令和7年2月1日 改正

1. 事故報告の対象となる事業者及び介護保険サービス

介護保険指定事業者（以下「事業者」という。）が行う介護保険適用サービスとする。

ただし、食中毒若しくは感染症の発生又はそれが疑われる事例及び利用者が行方不明になった場合については、次表に掲げる事業者において行われる介護保険適用サービスを対象とする。

〔表1〕食中毒若しくは感染症の発生又はそれが疑われる事例及び利用者が行方不明になった場合における報告者

指定居宅サービス	指定通所介護，指定通所リハビリテーション，指定短期入所者生活介護，指定短期入所者療養介護，指定特定施設入所者生活介護
指定介護予防サービス	指定介護予防通所リハビリテーション，指定介護予防短期入所者生活介護，指定介護予防短期入所者療養介護，指定介護予防特定施設入所者生活介護
指定地域密着型サービス	指定認知症対応型通所介護，指定小規模多機能型居宅介護，指定認知症型共同生活介護，指定地域密着型通所介護，指定看護小規模多機能型居宅介護
指定地域密着型介護予防サービス	指定介護予防認知症対応型通所介護，指定介護予防小規模多機能型居宅介護，指定介護予防認知症型共同生活介護
第一号事業	通所型サービス
介護保険施設	指定介護老人福祉施設，介護老人保健施設，介護医療院

2. 報告の範囲

事業者は、次の（１）～（８）の場合、杵築市（以下「市」という。）に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ケガ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。なお、通所・短期入所者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」に含まれるものとする。

注２）ケガの程度については、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事故について報告すること。

注３）事業者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）利用者が病気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（トラブルになる可能性があるとき）は報告すること。

注５）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は、速やかに連

絡若しくは報告書を提出すること。

(2) 食中毒及び感染症の発生又はそれが疑われる事例

食中毒及び感染症の発生又はそれが疑われる事例においては、下記のいずれかに該当する場合は報告する。

また、感染症胃腸炎（ノロウイルス）や疥癬の発生など、利用者に蔓延する恐れのある場合も報告する。

なお、関連する法に定める届出義務がある場合はこれに従うこと。

ア 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者や重篤患者が1人でも発生した場合

イ 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる者が5名以上又は全利用者の1割以上発生した場合

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、特に施設長が報告を必要と認めた場合

(3) 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は報告する。なお、関連する法に定める届出義務がある場合は、これに従うこと。

(4) 職員（従業者）の法令違反・不祥事等の発生

利用者からの預かり金の横領、送迎時の交通事故等、利用者の処遇に影響があるものは報告する。

(5) 高齢者に対する虐待、若しくはそれが疑われる事例

職員（従業者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は報告する。

(6) 利用者が行方不明になった場合

利用者が行方不明となった事例において、下記のいずれかに該当する場合は報告する。

ア 行方不明となったその当日中に発見できなかった場合

イ 警察、消防等に捜索の協力を依頼した場合

(7) 施設等の管理上の事故によって利用者に影響を与えた場合

施設内での小火・火事等の発生など、施設管理上の事故等により利用者に影響を与えた場合は報告する。

(8) その他、報告が必要と認められる事故の発生

利用者の所持品、家財等を破損するなど、利用者又はその家族等から苦情が出ている場合等、サービスの提供において利用者の処遇に著しく影響を与えた場合は報告する。

3 報告の手順

(1) 事故後、事業者は速やかに市へ電子メール等の電磁的方法により報告する。

ア 電子メールの誤送信等による個人情報漏洩を防止するため、ファイルにパスワードを設定するとともに、対象者名は記入せず、介護保険の被保険者番号を記入すること。

イ 家族について記載する場合は、氏名ではなく続柄などを記入すること。

(2) 第一報は、少なくとも別紙様式1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。

(3) 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。

4 報告及び報告先

2の各号に該当する事故が発生した場合は、事業者は、速やかに以下の指定様式を用いて指定所管課へ報告する。また、被保険者が市外の市町村に属している場合は、当該市町村にも報告すること。

- (1) 2の(1), (3)～(8)の事故等の場合

⇒報告先：市医療介護連携課

○事故報告書(様式1)

- (2) 2の(2)の場合

⇒報告先：大分県高齢者福祉課、大分県東部保健所、市医療介護連携課

○食中毒・感染症発生状況連絡票(様式2)

5 報告を受けた市の対応

市は、事故報告をとりまとめ、事故防止に資する観点から、次のとおり対応するものとする。

- (1) 事業所の事故処理が誠意を持って行われ、苦情やトラブルが発生しないよう、必要な指導を行う。
- (2) 利用者又はその家族等から事業所の対応について苦情があった場合は、適宜事業所に事実確認を行うとともに、利用者又はその家族等に対し、苦情申し立ての制度を紹介する。
- (3) 事業所が運営基準に違反している恐れがあると判断される場合は、大分県に連絡を行うなど、保険者として必要な措置をとる。
- (4) 他市町村(保険者)が関連する場合は、当該市町村と連携を図り、必要な措置をとる。
- (5) 必要に応じて事故に伴う関連事業者への情報提供及び注意の喚起を行う。

(様式 1)

事故報告書 (事業者→杵築市)

(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	☐ 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 ☐ 入院 ☐ 死亡 ☐ 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	☐ 男性 ☐ 女性		
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者			
	住所	☐ 事業所所在地と同じ ☐ その他（ ）										
	身体状況	要介護度		☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 自立								
		認知症高齢者 日常生活自立度		☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ 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	☐ 居室（個室） ☐ 居室（多床室） ☐ トイレ ☐ 廊下										
		☐ 食堂等共用部 ☐ 浴室・脱衣室 ☐ 機能訓練室 ☐ 施設敷地内の建物外										
		☐ 敷地外 ☐ その他（ ）										
	事故の種別	☐ 転倒 ☐ 誤薬、与薬もれ等 ☐ 離設・行方不明										
		☐ 転落 ☐ 医療処置関連（チューブ抜去等） ☐ 不明										
☐ 誤嚥・窒息 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ その他（ ）												
☐ 異食 ☐ 職員（従業者）の法令違反・不祥事												
5事 故 発 生 時 の 対 応	発生時の対応											
	受診方法	☐ 施設内の医師(配置医含む)が対応 ☐ 受診(外来・往診) ☐ 救急搬送 ☐ 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	☐ 切傷・擦過傷 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ 骨折(部位:) ☐ 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	☐ 配偶者 ☐ 子、子の配偶者 ☐ 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)	☐ 他の自治体 ☐ 警察 ☐ 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										
	(独自項目追加欄)										
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											

食中毒・感染症発生状況連絡票

報告日時 年 月 日 時

施設名	施設の種別																										
所在地																											
電話番号			FAX番号																								
施設長名			報告者名																								
嘱託医師名			連絡先																								
入所者・利用者数 名			職員数 名																								
報告理由 ア 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者や重篤患者が1人でも発生した場合 ☐ 重篤患者数 _____ 名 ☐ 死亡者数 _____ 名 イ 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる者が5名以上又は全利用者の1割以上発生した場合 ☐ 利用者等の有症状者の延べ人数 _____ 名 (☐ 5名以上・☐ 全利用者数の1割以上) 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、特に施設長が報告を必要と認めた場合 ☐ 利用者等の有症状者の延べ人数 _____ 名																											
疾病名等 新型コロナウイルス感染症・インフルエンザ・その他 ()																											
主な症状 下痢・嘔吐・腹痛・発熱・その他 ()			報告日現在の有症状者数 名																								
飲食物の提供 ☐ 無 ☐ 有 → 施設内での調理 (☐ 有・☐ 無)																											
発生状況 (可能な範囲で記入すること) <table border="1"> <thead> <tr> <th>発生日</th> <th>月 日</th> <th>月 日</th> <th>月 日</th> <th>月 日</th> <th>月 日</th> <th>月 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>入所・利用者の発症者数</td> <td>名</td> <td>名</td> <td>名</td> <td>名</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>職員の発症者数</td> <td>名</td> <td>名</td> <td>名</td> <td>名</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> </tbody> </table>							発生日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	入所・利用者の発症者数	名	名	名	名	名	名	職員の発症者数	名	名	名	名	名	名
発生日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日																					
入所・利用者の発症者数	名	名	名	名	名	名																					
職員の発症者数	名	名	名	名	名	名																					
その他報告事項																											