

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「介護サービス提供中の事故発生に係る取扱要領」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、原則として、内外部の医療機関で受診を要した場合とする。

(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

▶報告手順と報告先

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、速やかにメール、FAX等で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要し、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)

(注2) メール、FAX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) メール、FAX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、メール、FAX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。

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」に基づいて必要な対応を行う。

▶**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

⑩

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。

介護保険サービス提供中の事故発生に係る報告書

報告年月日		令和		年		月		日	報告市町村	選択									
事業所の概要	法人名																		
	事業所(施設)名/番号										1	9							
	所在地																		
	電話番号	—				—				FAX番号	—								
	記載者 職 氏名																		
	サービス種類	選択																	
対象者	氏名						年齢			歳	性別	選択							
	住所																		
	被保険者番号										要介護・要支援度	選択							
事故の内容	発生日時	令和		年		月		日	(曜日)		時		分						
	発生場所																		
	事故の種別	骨折			異食・誤えん			職員の法令違反・不祥事											
	(該当するものにレ点)	打撲・捻挫・脱臼			その他の外傷			誤薬・与薬もれ											
	複数の場合は、最も	その他																	
	症状の重いもの	(その他の場合に記入)																	
	死亡有無		有		無	(死亡に至った年月日)			令和		年		月		日				
事故の内容 (経緯を記載)																		
事故時の対応	治療した医療機関名							電話番号	—										
	医療機関の所在地	市町村					番地												
	治療の概要 「治療を要する期間(見込み)」																	
	医療保険名																		
事故の原因																		
事故後の対応	利用者の状況 (入院の有無、家族等への報告・説明、該当箇所にレ点)	入院の有無			有		無	家族への報告・説明				有 (令和 年 月 日)		無					
	損害賠償等の状況 (損害保険利用の有無)	居室介護支援事業者・介護予防支援事業者への報告			有 (令和 年 月 日)		無												
	再発防止に向けての 今後の対応(できるだけ具体的に)																	
	再発防止に向けての 今後の対応(できるだけ具体的に)	保険者名						電話番号	—										

※記入しきれない場合は、任意の別紙に記載のうえ、この報告書に添付してください。