

【Q：事故発生時の対応】

Q サービスの提供に伴って事故が発生した際、どのような対応をする必要があるのか教えてください。

A

1 事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町、当該利用者の家族等、及び介護保険サービスの場合は当該利用者に係る居宅介護支援事業者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければなりません。

なお、介護保険事業者については、以下に記載する「介護保険事業者における事故発生時の報告取扱い要領（標準例）」を参照してください。

ただし、この取扱い要領は、兵庫県が示した標準例であり、市町等で独自に取扱いが定められている場合は、それに拠ることが必要です。

2 事業者は、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録しなければなりません。

3 事業者は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければなりません。

このほか、以下の点に留意する必要があります。

- ① 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合の対応方法について、あらかじめ定めておくこと。
- ② 賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、または賠償資力を有すること。
- ③ 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる必要があること。

【介護保険事業者における事故発生時の報告取扱い要領（標準例）】

1 報告の範囲

事業者は、次の(1)～(4)の場合、市町へ報告を行う。

(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。

また、在宅介護の通所・入所サービスおよ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) ケガの程度については、外部の医療機関で受診を要したものを原則とするが、それ以外でも家族等に連絡しておいた方がよいと判断されるものについては、市町に対しても報告すること。

- (注3) 事業者側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)。
- (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(トラブルになるおそれがあるとき)は、市町へ報告する。
- (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、事業者は速やかに、市町へ連絡もしくは報告書を再提出すること。

(2) 食中毒及び感染症等の発生

(注) 感染症とは「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に定めるもののうち、原則として1類、2類、3類とする。

ただし、それら以外の感染症(※)や、疥癬の発生など利用者等に蔓延するおそれのある場合も、市町へ報告する。

※例(19年4月現在): 鳥インフルエンザ、レジオネラ症(4類)
感染性胃腸炎(ノロウイルス)(5類)

なお、食中毒及び感染症等の発生について、関連する法に定める届出義務がある場合はこれに従うほか、保健所等と連携・協力して対応すること。

(3) 職員(従業者)の法令違反・不祥事等の発生

(注) 利用者の処遇に影響があるもの(例:利用者からの預り金の横領、送迎時の交通事故など)について報告する。

(4) その他、報告が必要と認められる事故の発生

2 報告の手順

(1) 事故後、事業者は、速やかに市町へ電話又はFAXで報告することとする(第一報)。

(注1) 電話の場合は、連絡者の名前を名乗るとともに、市町の受付者の名前を確認する。また、FAXの場合でも市町へ到着したかどうかを確認する。なお、FAXの報告書には個人情報に該当する部分(標準書式の場合の「対象となった被保険者番号・氏名・要介護度」の欄など)を伏せて送付し、着信確認時に個人情報部分を口頭で伝えるなど個人情報の保護に留意すること。

(注2) 「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、午後に事故が起こり、処置等のために数時間を要し、深夜になった場合には、翌朝早くに報告を行ったり、金曜日夕刻に事故が発生した場合には、土日間にFAXを入れておき、月曜日朝早くに電話確認を行うなど、社会通念に照らして最大限の努力を

することが必要。

(注3) F A X等に使う書式については、(3)の定められた書式を用いてもよい。(1)(2)(3)の順に、同じ書式を使って、徐々に必要な箇所が埋まっていく形でもよい。市町では、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

(2) 事故処理の経過についても、電話又はF A Xで適宜報告する。

(3) 事故処理の区切りがついたところで、定められた書式(3の「事故報告書」)を用いて、文書で報告する。

3 報告の書式

別添「介護保険事業者事故報告書」を標準とする。

(各市町で既に定められた書式がある場合は、それを用いて差し支えない)

4 報告先

事業者は、2で定める事故が発生した場合、3の手順により、次の両者に報告する。

(1) 被保険者の属する保険者(市町)

(2) 事業所・施設が所在する保険者(市町)

介護保険事業者 事故報告書（事業者 市町）

平成 年 月 日

1 事業所の概要	法人名																								
	事業所(施設)名																								
	事業所番号																								
	所在地										電話番号														
											FAX番号														
	記載者職氏名																								
	サービス種類 (事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> 介護予防支援	<input type="checkbox"/> その他
	予防サービスを含む																								
2 対象者	氏名・年齢・性別	年齢: _____ 性別: _____ 要支援・要介護度: _____																							
	被保険者番号												サービス提供日	年 月 日											
	住所																								
3 事故の概要	発生時等	年 月 日 時 分 【 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 入浴中 <input type="checkbox"/> 送迎中 <input type="checkbox"/> その他(_____)】																							
	発生場所																								
	事故の種別 (複数の場合は、 もっとも症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> やけど	<input type="checkbox"/> 感染症等	<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼	<input type="checkbox"/> その他の外傷	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷	<input type="checkbox"/> 食中毒	<input type="checkbox"/> その他(_____)	<input type="checkbox"/> 異食・誤えん														
	事故の内容	死亡に至った場合はその死亡年月日: 平成 年 月 日																							
4 事故発生時の対応	対処の仕方	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)																							
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等)																							
	治療の概要																								
	連絡済みの関係機関	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 保健所	<input type="checkbox"/> その他(_____)																				
5 事故発生後の対応	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況。感染症等による患者の集団発生の場合は患者数の推移)																							
	家族への報告、説明内容	(連絡日時等もできるだけ詳しく記入すること)																							
	経過	<input type="checkbox"/> 解決又は終結している。 <input type="checkbox"/> 継続している。(内容 _____)																							
	損害賠償等の状況																								
再発防止に向けての今後の取り組み	(できるだけ具体的に記載すること)																								

注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。