

事故発生時の対応・事故報告について

1. 国が定める基準

○意義

利用者が安心して介護サービスの提供を受けられるよう、事故発生時の速やかな対応を規定したもの

※事故とは…事業者の過失の有無は問わない

[留意点]

①居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者

(介護予防サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、介護予防支援事業者)

- ・利用者に対する介護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は、あらかじめ定めておくことが望ましいこと
- ・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、又は賠償資力を有することが望ましいこと
- ・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こと

②介護保険施設事業者

事故の発生又はその再発生を防止するための措置を講じる義務

- ・事故発生の防止のための指針
- ・事実の報告及びその分析を通じた改善策の従業者に対する周知徹底
- ・事故発生の防止のための委員会
- ・事故発生の防止のための従業者に対する研修

2. 事故報告書、ヒヤリ・ハット事例報告書の整備

○目的

介護サービス中に発生した事故、事故には至らなかったが発生しそうになった場合の事例を記録し、今後の安全確保に関する改善策を検討する資料とするとともに、職員全体で情報を共有し、再発防止に役立てる。

[留意点]

- ・再発防止に向けた取り組みの協議、検討、実践
- ・ミーティング等による伝達、情報共有
- ・職員の事故の始末書ではない

3. 「神戸市介護保険事業者における事故発生時の報告の取扱い要領」の改正について

(H19.12.1改正) ※ケアネットに掲載

○主な改正点

- ・地域密着型サービス、介護予防サービスに関する追記
- ・インフルエンザ発生に関する報告書様式の統一
- ・職員の不祥事、その他報告が必要と認められる事故の発生に該当するケースの細分化
高齢者に対する虐待、利用者が行方不明になった場合、施設等の管理上の事故 等

4. 市に対する事故報告書の提出にあたって

[留意点]

- ・速やかな報告書の提出 (高齢福祉課 FAX: 3 2 2 - 6 0 4 6)
- ・事業者の事故報告書に「市への報告」欄等の追加

神戸市介護保険事業者における事故発生時の報告の取扱い要領

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を対象とする。ただし、感染症若しくは食中毒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] 感染症若しくは食中毒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，指定短期入所生活介護，指定短期入所療養介護，指定特定施設入居者生活介護
指定介護予防サービス	指定介護予防通所介護，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生活介護，基準該当介護予防短期入所生活介護，指定介護予防短期入所療養介護，指定介護予防特定施設入居者生活介護，外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護
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，指定認知症対応型共同生活介護，指定地域密着型特定施設入居者生活介護，地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
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対応型共同生活介護
介護保険施設	指定介護老人福祉施設，介護老人保健施設，指定介護療養型医療施設

2 報告の範囲

事業者は、次の（１）～（８）の場合、神戸市へ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。なお、通所・短期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」に含まれるものとする。

(注2) 怪我の程度については、入院治療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。(利用者の自己過失による怪我であっても、(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(トラブルになる可能性があるとき)は、神戸市へ報告すること。

(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、事業者は速やかに、神戸市へ連絡若しくは報告書を再提出すること。

(2) 感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる事例

[表1] の事業者は、感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる事例において、下記のいずれかに該当する場合は報告する。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又は重篤患者が1週間内に2名以上発生した場合

イ 同一の感染症若しくは食中毒の患者又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、特に管理者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

[表1]の事業者は、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 警察に捜索願を届け出た場合

(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

上記のほか、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 報告方法及び報告先

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、被保険者が神戸市以外の市町村に属している場合は、当該市町村にも事故報告を行うこと。

(1) 2の(1), (3)～(8)の事故等の場合

⇒報告先：高齢福祉課

・介護保険事業者事故報告書（別紙1）

(2) 2の(2)の場合

⇒報告先：所在地を所管する各区役所健康福祉課又は衛生監視事務所及び高齢福祉課

・感染症・食中毒疑い発生状況連絡票（別紙2）

(3) 2の(2)のうち、インフルエンザの発生又はそれが疑われる場合

⇒報告先：所在地を所管する各区役所健康福祉課及び高齢福祉課

・インフルエンザ発生状況連絡票（速報）①（別紙3）

・インフルエンザ発生状況連絡票（速報）②（別紙4）

（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。

（注2）2の(1), (3)～(8)に該当する事故については、報告後、報告内容に変更・修正・追加等が生じた場合に再度報告すること。

（注3）2の(2)に該当する感染症及び食中毒の発生の疑いがある場合については、報告後、報告内容に変更・修正・追加等が生じた場合でも、高齢福祉課に対して再度報告を行うことを要しない。

4 適用年月日

平成19年12月1日

対象サービス別報告一覧

対象サービス		怪我等 2 (1)	感染症 2 (2)	インフルエンザ 2 (2)	結核 2 (3)	職員不祥事等 2 (4)	高齢者虐待 2 (5)	行方不明 2 (6)	施設管理上事故 2 (7)	その他 2 (8)
居宅サービス	指定訪問介護	○			○	○	○		○	○
	指定訪問入浴介護	○			○	○	○		○	○
	指定訪問看護	○			○	○	○		○	○
	指定訪問リハビリテーション	○			○	○	○		○	○
	指定居宅療養管理指導	○			○	○	○		○	○
	指定通所介護	○	□	△	○	○	○	○	○	○
	指定通所リハビリテーション	○	□	△	○	○	○	○	○	○
	指定短期入所生活介護	○	□	△	○	○	○	○	○	○
	指定短期入所療養介護	○	□	△	○	○	○	○	○	○
	指定特定施設入居者生活介護	○	□	△	○	○	○	○	○	○
	指定福祉用具貸与	○			○	○	○		○	○
地域密着型サービス	指定居宅介護支援	○			○	○	○		○	○
	指定夜間対応型訪問介護	○			○	○	○		○	○
	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	○	□	△	○	○	○	○	○	○
	指定認知症対応型共同生活介護	○	□	△	○	○	○	○	○	○
	指定地域密着型特定施設入居者生活介護	○	□	△	○	○	○	○	○	○
施設介護	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○	□	△	○	○	○	○	○	○
	指定介護老人福祉施設	○	□	△	○	○	○	○	○	○
	介護老人保健施設	○	□	△	○	○	○	○	○	○
	指定介護療養型医療施設	○	□	△	○	○	○	○	○	○
介護予防サービス	指定介護予防訪問介護	○			○	○	○		○	○
	指定介護予防訪問入浴介護	○			○	○	○		○	○
	指定介護予防訪問看護	○			○	○	○		○	○
	指定介護予防訪問リハビリテーション	○			○	○	○		○	○
	指定介護予防居宅療養管理指導	○			○	○	○		○	○
	指定介護予防通所介護	○	□	△	○	○	○	○	○	○
	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生活介護	○	□	△	○	○	○	○	○	○
	基準該当介護予防短期入所生活介護	○	□	△	○	○	○	○	○	○
	指定介護予防短期入所療養介護	○	□	△	○	○	○	○	○	○
	指定介護予防特定施設入居者生活介護	○	□	△	○	○	○	○	○	○
	外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護	○	□	△	○	○	○	○	○	○
	指定介護予防福祉用具貸与	○			○	○	○		○	○
指定介護予防支援	○			○	○	○		○	○	
型介護予防	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対応型共同生活介護	○	□	△	○	○	○	○	○	○

- 介護保険事業者事故報告書（別紙1）
- 感染症・食中毒疑い発生状況連絡票（別紙2）
- △ インフルエンザ発生状況連絡票（速報）①、②（別紙3、4）

介護保険事業者 事故報告書 (事業者→神戸市)

平成 年 月 日作成

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) ※介護予防含む	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
2 対象者	氏名・年齢・性別	年齢: 性別: 要介護度:															
	被保険者番号												サービス提供開始日	年	月	日	
	住所																
3 事故の概要	発生日時	平成 年 月 日() 時 分頃															
	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"/> 結核	<input type="checkbox"/> 行方不明	<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"/> 異食・誤えん	<input type="checkbox"/> 高齢者虐待	<input type="checkbox"/> その他()					
	事故の内容 (経緯を記載)	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																
	連絡済の関係機関	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<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)															
		入院有無: <input type="checkbox"/> 入院した <input type="checkbox"/> 入院せず															
	家族への報告、説明の内容	(時刻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()														
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)記載欄が不足する場合は、任意の別紙に記入の上、この報告書に添付してください。

感染症・食中毒疑い発生状況連絡票

報告日時 年 月 日 時

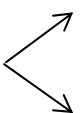
施設名	施設の種別						
所在地・ 電話・FAX番号							
施設長名	報告者名						
嘱託医師名・連絡先							
入所者・利用者数 名	職員数 名						
報告理由 ア 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間に2名以上発生した場合（ 月 日～ 月 日） <input type="checkbox"/> 重篤患者数 _____ 名 <input type="checkbox"/> 死亡者数 _____ 名 イ 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合 <input type="checkbox"/> 利用者等の有症状者の延べ人数 _____ 名（ <input type="checkbox"/> 10名以上・ <input type="checkbox"/> 全利用者数の半数以上） 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 <input type="checkbox"/> 利用者等の有症状者の延べ人数 _____ 名							
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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 施設内での調理（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）							
発生状況（可能な範囲で記入してください）							
初発日	月 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	名
職員の発症者数	名	名	名	名	名	名	名
その他報告事項							

インフルエンザ発生状況 連絡票 (速報) ①

報告日時 年 月 日 時

施設名		施設の種別					
所在地・ 電話・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	総 数 名			職員数	総 数 名		
	インフルエンザ患者数 名				インフルエンザ患者数 名		
	今季ワクチンを接種した者の数 名				今季ワクチンを接種した者の数 名		
発生状況 (各日の初発患者数を記入してください)							
初発日以降	月 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	名
職員の発症者数	名	名	名	名	名	名	名
その他報告事項							

※ 各施設においてインフルエンザ患者が多数発生し、流行が予測される場合（例：一週間の間に、施設内の同一フロアで数名の発生）またはインフルエンザによる死亡事例があった場合に迅速に連絡してください。

※ 情報伝達ルートは、各施設  高齢福祉課 → 保健所 です。
 当該区保健福祉部

インフルエンザ発生状況連絡票(速報)②

部屋番号等				
氏名				
年齢・性別	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)
ワクチン歴	有・無	有・無	有・無	有・無
発症日	年 月 日 朝 昼 夜	年 月 日 朝 昼 夜	年 月 日 朝 昼 夜	年 月 日 朝 昼 夜
検査等				
受診医療機関名				
転帰				
その他				

部屋番号等				
氏名				
年齢・性別	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)
ワクチン歴	有・無	有・無	有・無	有・無
発症日	年 月 日 朝 昼 夜	年 月 日 朝 昼 夜	年 月 日 朝 昼 夜	年 月 日 朝 昼 夜
検査等				
受診医療機関名				
転帰				
その他				

インフルエンザの報告のための基準

・診察した医師により、症状等からインフルエンザが疑われ、かつ、以下の4つの基準を全て満たすもの
 ①突然の発症 ②38℃を超える発熱 ③上気道炎症状 ④全身倦怠感等の全身症状

・上記の基準は必ずしも満たさないが、診察した医師により、症状等からインフルエンザが疑われ、かつ、迅速診断キットによる病原体の抗原が検出されたもの

感染症・食中毒疑い発生状況連絡票(記入例)

報告日時 平成17年3月5日15時

施設名 ●●ホーム	施設の種別 特別養護老人ホーム						
所在地・ 電話・FAX番号 中央区加納町●—● TEL 078—●●●●—●●●● FAX 078—●●●●—●●●●							
施設長名 神戸 太郎	報告者名 管理課長 中央 次郎						
嘱託医師名・連絡先 兵庫 三郎 兵庫クリニック 中央区雲井通●—● TEL 078—●●●●—●●●●							
入所者・利用者数 40名	職員数 25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又は重篤患者が1週間に2名以上発生した場合(月 日~ 月 日) □重篤患者数 _____ 名 □死亡者数 _____ 名 イ <input checked="" type="radio"/> 同一の感染症若しくは食中毒による又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 ■利用者等の有症状者の延べ人数 <u>10</u> 名 (■10名以上・□全利用者数の半数以上) 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							
主な症状 <input checked="" type="radio"/> 下痢 <input checked="" type="radio"/> 嘔吐・腹痛・発熱・その他(嘔気)	報告日現在の有症状者数 入所者5名(職員2名)						
飲食物の提供 □無 ■有 → 施設内での調理(■有・□無)							
発生状況(可能な範囲で記入してください)							
初発日	3月1日	3月2日	3月3日	3月4日	3月5日	月 日	月 日
入所・利用者の発症者数	3名	2名	1名	3名	1名	名	名
職員の発症者数	0名	1名	1名	1名	0名	名	名
その他報告事項 ・ 職員で延べ3名同様の症状あり ・ 入所者は嘱託医の兵庫クリニック受診、症状はいずれも軽症、入院患者はなし							

「感染症・食中毒疑い発生状況連絡票」の「発生状況」の記入方法

発症の事例

	3月1日	3月2日	3月3日	3月4日	3月5日	3月6日	3月7日
Aさん	発症	→			快復		
Bさん	発症	→		快復			
Cさん	発症	→					
Dさん		発症	→		快復		
Eさん：職員		発症	→		快復		
Fさん		発症	→				
Gさん			発症	→		快復	
Hさん：職員			発症	→			
Iさん				発症	→		快復
Jさん				発症	→		
Kさん：職員				発症	→		
Lさん				発症	→		
Mさん					発症	→	



上記のように発症した場合は、以下のように記入にしてください。

発生状況

初発日	3月1日	3月2日	3月3日	3月4日	3月5日	3月6日	3月7日
入所・利用者の発症状況	3	2	1	3	1		
職員の発症者数	0	1	1	1	0		

上記の事例の場合、「利用者等の有症状者の延べ人数」は「10名」になります。

3月5日が報告日の場合、「報告日現在の有症状者数」は「利用者5名（職員2名）」になります。

□ 連絡先一覧 □

保健福祉部健康福祉課

あんしんすこやか係

	電話番号	FAX番号
東灘区	841-4131 (代)	851-9333
灘区	843-7001 (代)	843-7018
中央区	232-4411 (代)	232-1495
兵庫区	511-2111 (代)	511-7006
北区	593-1111 (代)	595-2381
北区 北神担当	981-8870 (直)	984-2334
長田区	579-2311 (代)	579-2343
須磨区	731-4341 (代)	735-8159
北須磨支所	793-1313 (直)	796-1955
垂水区	708-5151 (代)	709-6006
西区	929-0001 (代)	929-1690

衛生監視事務所

(食中毒が疑われる場合)

	電話番号	FAX番号
東部 (東灘区・灘区・中央区)	232-4651 (直)	232-4657
西部 (兵庫区・長田区・須磨区)	579-2660 (直)	579-2662
北 (北区)	593-3250 (直)	593-2880
垂水 (垂水区)	708-6230 (直)	708-6233
西 (西区)	929-0550 (直)	929-0056

《時間外・休日の場合》

上記の代表電話番号の案内テープの最後に夜間・休日宿直者の連絡先を案内していますので、その電話番号へ連絡してください。

ただし、北須磨支所管内は須磨区へ、北区北神担当管内は北区へ、監視事務所は各区代表へ連絡してください。