

介護保険サービス提供時の事故について

1 事故発生時の取扱いについて

(1) 連絡を必要とする事故について

安城市の被保険者が受けた介護保険適用サービスまたは安城市内に所在する事業者が行う介護保険適用サービス中に事故が発生した場合は以下のとおり、市・利用者の家族・居宅介護支援事業者等に報告しなければなりません。

連絡事項区分	説 明
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	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 報告が必要な場合 医師の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故及び死亡事故。 ※ 擦過傷や打撲など比較的軽易なケガは除く。 ※ 勤務医等がいる場合は、「勤務医等がない場合に外部受診させる程度か否か」で判断する。 ◇ ケガの程度にかかわらず、連絡する必要のある場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ ケガにより利用者とトラブルが発生することが予測される場合 ・ 利用者に見舞金や賠償金を支払った場合 ・ 利用者が病気等により死亡した場合であっても、後日トラブルが生じる可能性がある場合 ◇ 「サービスの提供」には、送迎及び通院中も含む。
② 食中毒及び感染症の発生	<ul style="list-style-type: none"> ◇ MRSA、疥癬、インフルエンザ、結核、その他の感染症が発生した場合。 ※各感染症に関連する法に定める手続きがある場合はこれに従う。
③ 職員(従業者)の法令違反・不祥事件等の発生	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 利用者の処遇に影響がある場合。 ※例：利用者からの預り金の横領、虐待及び不適切な行為など
④ その他連絡が必要と認められる事故の発生	<ul style="list-style-type: none"> ※例：利用者等の保有する財産を滅失させたなど

(2) 連絡方法

ア 事故等が発生した場合は速やかに市へ電話又は FAX で連絡してください。

イ 報告書の様式は別紙様式「事故報告書」を標準とします。

事故発生から 5 日以内を目安に提出してください。長引きそうな場合は、第 1 報として別紙様式内の 1 から 6 までの項目について可能な限り記載し、5 日以

内に報告してください。対象者が複数名の場合は、各対象者の情報・症状・対応については「事故報告書別紙（集団発生用）」にまとめ、添付してください。様式は安城市ウェブサイトダウンロードできます。

[総合トップ](#)>[総合メニューから探す](#)>[健康・福祉・介護・医療](#)>[福祉・介護・医療](#)>[高齢者の福祉](#)>[事業者向け情報](#)>[事故報告書について](#)

(<https://www.city.anjo.aichi.jp/kurasu/fukushikaigo/kaigo/jikohoukokusho.html>)

【担当】安城市役所高齢福祉課介護保険係

TEL 0566-71-2290

FAX 0566-74-6789

2 事故内容について

令和2年度中に発生した事故内容は以下のとおりです。

事故内容	件数 (件)	割合 (%)	事故内容	件数 (件)	割合 (%)
骨折	84	54.5	ノロウイルス	1	0.6
死亡	4	2.6	誤嚥	2	1.3
疥癬	4	2.6	打撲	15	9.7
裂傷	25	16.2	熱傷	1	0.6
インフルエンザ	1	0.6	その他	17	11.0
食中毒	0	0	合計	154	100

※割合については、事故内容毎に小数点第2位を四捨五入しているため合計と一致しない。

また、

- ・ご利用者が一人でトイレに行こうとするとき
- ・シルバーカーや歩行器を使用しながら一人で歩行するとき
- ・車椅子へ移乗するとき（ストッパーの掛け忘れ等）

に事故が多くみられますので、上記の場面ではより一層の注意を払っていただきますようよろしくお願いいたします。

事故報告書（事業者→安城市）

※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：西暦 年 月 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 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												
	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：	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者				
	住所	<input 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"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立										
		認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 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	<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 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 type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)											
	発生時状況、事故内容の詳細											前	後
	その他 特記すべき事項												
5事故発生時の対応	発生時の対応												
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input 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							連絡先(電話番号)				
	診断名												
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位：) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 自治体名 ()		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 ()			<input type="checkbox"/> その他 名称 ()		
本人、家族、関係先等 への追加対応予定									
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)								
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									