

平成30年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業
介護老人福祉施設票（案）

※本調査票は、貴施設の施設長の方がご記入ください。なお記入にあたっては必要に応じて各ご担当者に確認のうえご記入ください。

※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。

※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。分からない場合は「-」とご記入ください。

※調査時点は、平成30年10月3日または、質問に記載している期間とします。

※本調査では、主に、介護事故、ヒヤリ・ハットを対象としてお伺いします。

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

（1）基本情報についてお伺いします。

| | | | | | | | |
|-------------------------------|--|------|---------------|------|--------------|-----|----|
| 1) 所在地 | () 都・道・府・県 | | | | | | |
| 2) 運営主体 | 1 市区町村、広域連合・一部事務組合 | | 2 社会福祉法人 | | | | |
| | 3 その他 () | | | | | | |
| 3) 開設年 | 西暦 () 年 | | | | | | |
| 4) 介護報酬上の届出 | 1 介護福祉施設サービス費 2 経過的・小規模介護福祉施設サービス費 3 ユニット型介護福祉施設サービス費 4 ユニット型経過的・小規模介護福祉施設サービス費 5 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 6 ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 7 経過的・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 8 ユニット型経過的・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 | | | | | | |
| 5) 居室区分 (複数回答可) | 1 従来型個室 | | 2 多床室 | | | | |
| | 3 ユニット型個室 | | 4 ユニット型個室的多床室 | | | | |
| 6) 入所定員数(短期入所生活介護を除く) | () 人 | | | | | | |
| 7) 併設サービス(複数回答可) | 1 病院 | | 2 診療所 | | 3 介護老人保健施設 | | |
| | 4 訪問介護 | | 5 通所介護 | | 6 短期入所生活介護 | | |
| | 7 訪問看護 | | 8 居宅介護支援 | | 9 地域包括支援センター | | |
| | 10 その他 () | | | | | | |
| 8) 要介護度別入所者数(短期入所生活介護の利用者を除く) | 要介護5 | 要介護4 | 要介護3 | 要介護2 | 要介護1 | その他 | 合計 |
| | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

（2）職員体制についてお伺いします。

| | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 9) 施設長の経験年数(現施設での施設長としての経験年数) | () 年 | | | | | | |
| 10) 施設長の保有する資格(複数回答可) | 1 医師 2 看護師 3 准看護師 4 介護福祉士 5 社会福祉士 6 介護支援専門員 7 社会福祉施設長資格認定講習受講 8 介護職員初任者研修修了(またはホームヘルパー2級) 9 介護職員実務者研修修了(またはホームヘルパー1級) 10 その他 () | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|----------|----------|-----------|-------|
| 11) 貴施設の介護事故防止に対する施設長の取り組み姿勢についてお伺いします。 (主なもの1つを選択) | 1 施設の介護事故防止の取組みは、施設長の責務として重要と認識している 2 施設の介護事故防止対策等を率先して検討している 3 施設の安全管理に関する業務担当者や専任の安全対策を担当する者に任せているが、定期的な会議等で報告を受けている 4 施設の安全管理に関する業務担当者や専任の安全対策を担当する者に一任している 5 その他（) | | | | |
| 12) 貴施設の職員体制についてお伺いします。職種ごとの職員の常勤換算数および常勤・非常勤別の実人数をご記入ください。※常勤換算数は「職員の1週間の勤務延時間÷貴施設において常勤の職員が勤務すべき1週間の時間数」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。配置がある場合で得られた結果が0.1に満たない場合は0.1と記入してください | | | | | |
| | ①常勤換算数 | ②実人数 | | | |
| | | 常勤者 | 非常勤者 | | |
| 医師 | . | | | | |
| 看護師 | . | | | | |
| 准看護師 | . | | | | |
| 機能訓練指導員 | . | | | | |
| うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | . | | | | |
| 介護職員 | . | | | | |
| うち、介護福祉士 | . | | | | |
| うち、認定特定行為を実施できる介護職員 (認定証の交付を受けた職員および経過措置により実施できる職員等) | . | | | | |
| 介護支援専門員 | . | | | | |
| 生活相談員 | . | | | | |
| 栄養士・管理栄養士 | . | | | | |
| その他 | . | | | | |
| 13) 看護職員と介護職員について、上記12)②のうち、派遣社員の人数をご記入ください。 | 看護職員 | 介護職員 | | | |
| | 人 | 人 | | | |
| 14) 看護職員(看護師・准看護師)と介護職員について、貴施設での勤続年数別の人数をご記入ください。 | | | | | |
| | 1年未満 | 1年以上3年未満 | 3年以上5年未満 | 5年以上10年未満 | 10年以上 |
| 看護職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

(3) 貴施設のマネジメント体制等についてお伺いします。

| | |
|--|--|
| 15) ISO等のマネジメントシステムを導入していますか。 | 1 導入している ⇒ a ISO (番号:) b その他 () 2 導入していない |
| 16) 自治体以外の者にマネジメントに関する指導・助言を受けていますか。 | 1 受けている ⇒ a 関係団体 b 経営母体の法人 c 民間のコンサル d その他 () 2 受けていない |
| 17) 介護事故だけでなく感染症等の不測の事態を想定した行動計画を策定していますか。 | 1 策定している 2 策定していない |

2. 介護事故予防の体制についてお伺いします。

(1) 事故発生の防止のための指針※等についてお伺いします。

(※「指針」とは、基準省令35条第1項一号(事故発生の防止及び発生時の対応)に定める指針であり、基本的な方針を定めたものを指します)

| | |
|--|-----------------------|
| 18)貴施設では事故発生の防止のための指針を作成していますか。 | 1 作成している 2 作成していない |
| 18) で「1 作成している」の場合にご回答ください。 | |
| ① 事故発生の防止のための指針の作成プロセス ※複数回答可 | |
| 1 国が示している「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン」を参考にしている 2 市区町村等が示している基準を参考にしている 3 上記1、2以外で、関連する書籍等を参考にしている 4 専任の安全対策を担当する者が中心に作成している 5 施設の事故発生の防止のための委員会で検討している 6 研修で得た情報を反映している 7 介護事故やヒヤリ・ハット発生後に開催された施設の事故発生の防止のための委員会の結果を反映している 8 市区町村等から提供された情報を反映している 9 その他 () | |
| ② 事故発生の防止のための指針に記載されている事項 ※複数回答可 | |
| 1 介護事故防止に関する基本理念や考え方 2 介護事故防止のための委員会や組織体制 3 介護事故防止のための職員研修 4 介護事故やヒヤリ・ハット等の報告の仕組みや改善策 5 介護事故やヒヤリ・ハット等の発生時の対応 6 入所者や家族等に対する指針の閲覧 7 その他 () | |
| ③ 事故発生の防止のための指針の職員への周知方法 ※複数回答可 | |
| 1 職員用掲示による周知 2 会議を通じた周知 3 職員研修による周知 4 入職時オリエンテーションや入職時研修による周知 5 その他 () | |
| ④ 事故発生の防止のための指針は見直していますか。1番、最近の見直しの時期を教えてください。 | |
| 1 定期的に見直している ➡ () 年毎 (最終見直し：平成 () 年) 2 不定期に見直している ➡最終見直し 平成 () 年 3 事故発生後に見直している 4 見直していない | |
| 19)事故発生時の市区町村・家族以外の報告先を教えてください。 ※複数回答可 | |
| 1 都道府県 2 配置医・配置医が所属している病院 3 左記2以外の病院、協力病院 4 その他 () 5 特になし | |
| 20)損害賠償保険の加入の有無 | 1 有 2 無 |
| 20) で「1 有」の場合、過去1年間の損害賠償請求の有無 | 1 有 2 無 |

| | | |
|---|---|---------|
| 21)介護事故防止に向けた入所者ごとのリスク評価の有無 ※事故発生後にリスク評価をした場合も含む | | 1 有 2 無 |
| 21)で「1 有」の場合にご回答ください。 | | |
| ①リスク評価の方法 (複数回答可) | 1 評価基準を用いて入所者のリスク評価を行っている ➡評価基準を誰が定めていますか a 市区町村 b 施設 c その他 () ➡何のリスクに対する評価基準ですか a 転倒 b 転落 c 誤嚥 d 異食 e 褥瘡 f 離設 g 誤薬 h 医療的ケア関連(点滴抜去、チューブ抜去、機器トラブル等) i その他 () 2 ケアプランを見直す会議で評価し個別のリスクを評価している 3 介護事故やヒヤリ・ハット事例の対象となつてからリスクを検討している 4 その他 () | |
| ②入所者家族とのリスク共有の有無 | 1 有 2 無 | |
| | (有の場合)リスク共有の平均的な頻度 | |
| | 1 1～2週間に1回程度 2 1か月に1回程度 3 2～3か月に1回程度 4 半年以上に1回程度 5 その他(具体的に:) | |
| | (有の場合)リスク共有の方法 ※複数回答可 | |
| | 1 ケアプランの立案や見直しに参加してもらう 2 個別に情報提供や面談を行っている 3 家族会を開催し、交流を図ったり意見を聴取している 4 その他 () | |

(2) 指針に基づくマニュアル等※についてお伺いします。

(※「マニュアル等」とは、具体的行動基準、手順書、覚書、細則、事故発生時対応マニュアル等を指します)

| | | |
|---|--|---------|
| 22)指針に基づくマニュアル等の有無 | | 1 有 2 無 |
| 22)で「1 有」の場合にご回答ください。 | | |
| ①指針または指針に基づくマニュアル等に事故発生時の市区町村への報告手順についての記載がありますか。 | | 1 有 2 無 |
| ②指針に基づくマニュアル等の活用状況 (複数回答可) | 1 定期的に会議や研修等で活用している 2 事故発生時に、対応方法等を確認している 3 事故発生後に、事故後の振り返り等で対応方法等を確認している 4 家族への説明時に使用している 5 その他 () | |
| ③直近の介護事故について、事故発生時の対応状況 (初動動作) | 1 事故発生時、マニュアル等に記載された報告手順に沿い、報告している 2 マニュアル等に記載がなく、その場で判断し報告している 3 事故発生時、マニュアル等の記載通りに対応しようとしたが、マニュアル等に記載がない等の阻害要因があり、対応できなかった 4 事故が発生していない | |
| ④指針に基づくマニュアル等を見直していますか。 | 1 定期的に見直している 2 不定期に見直している 3 事故発生後に見直している 4 見直していない | |

(3) 「事故発生の防止のための委員会」の設置状況等についてお伺いします。

| | |
|--|---|
| 23) 貴施設における事故発生の防止のための委員会の開催状況 | 1 定期的開催 → (a 毎月 b 2か月に1回 c 3か月に1回 d 半年程度に1回 e その他()) 2 必要時に開催 3 開催していない |
| 23)で「1 定期的開催」または「2 必要時に開催」の場合にご回答ください。 | |
| ①平成29年度の開催回数 | () 回 |
| ②事故発生の防止のための委員会の設置単位 | 1 施設 2 経営母体の法人 3 その他() |
| ③構成メンバー (複数回答可) | 1 施設長 2 事務長 3 医師 4 看護職員 5 介護職員 6 介護支援専門員 7 機能訓練指導員 8 栄養士/管理栄養士 9 生活相談員 10 事務職員 11 その他() |
| ④構成メンバーには外部有識者(※施設外の安全対策の専門家)が入っていますか。 | 1 入っている → 職種() 2 入っていない |
| ⑤委員会での検討事項 (複数回答可) | 1 指針や指針に基づくマニュアル等の作成や見直し 2 施設全体の介護事故防止策に関する検討 3 介護事故やヒヤリ・ハット等の発生件数や発生事例の報告 4 発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の分析 5 発生した介護事故やヒヤリ・ハット等への個別対応の検討 6 利用者一人一人のリスク評価 7 介護事故防止のための研修内容 8 その他() |
| ⑥委員会での決定事項の周知の有無・方法 (複数回答可) | 1 職員用内報で知らせる 2 職員用掲示で知らせる 3 施設内の定例の研修や会議で知らせる 4 特別の研修や会議を開催して知らせる 5 委員会での決定事項について文書を作成し職員に配布する 6 特に職員には知らせていない 7 その他() |
| 24)施設外の介護事故や安全強化に関する情報を収集し、施設の事故防止に活用していますか。 | 1 活用している 2 活用していない |
| 25)安全管理に関する業務の主な実施者(それぞれ、主な実施者1つに○) | |
| ①事故予防対策の立案 | 1 看護職員 2 介護職員 3 施設長 4 医師 5 その他(職種:) 6 実施なし |
| ②入所者の転倒やヒヤリ・ハット等の事例の把握・分析 | 1 看護職員 2 介護職員 3 施設長 4 医師 5 その他(職種:) 6 実施なし |

| | |
|---|---------|
| 26) 事故発生の防止のための委員会において、専任の安全対策を担当する者の有無 | 1 有 2 無 |
| 26)で「1 有」の場合にご回答ください。 | |
| ①専任の安全対策を担当する者の人数 | |
| () 人 | |
| ②職種(複数回答可) | |
| 1 施設長 2 事務長 3 医師 4 看護職員 5 介護職員 6 介護支援専門員 7 機能訓練指導員 8 栄養士/管理栄養士 9 生活相談員 10 事務職員 11 その他 () | |
| ③担当する業務(複数回答可) | |
| 1 介護事故 2 ヒヤリ・ハット 3 感染症・食中毒 4 職員の安全・衛生 5 職員の法令等違反、不祥事等 6 家族・利用者からの苦情相談 7 自然災害 8 火災 9 その他 () | |

(4) 介護事故防止のための研修（平成29年度実績）についてお伺いします。

| | |
|--|--|
| 27) 貴施設における職員に対する介護事故防止のための施設内での研修の有無 | 1 有 2 無 |
| 27)で「1 有」の場合にご回答ください。 | |
| ①平成29年度の開催回数 | () 回 |
| ②研修の延べ時間 | () 時間 |
| ③受講者数(延べ人数) | () 人 |
| ④入職時研修の有無 | 1 有 2 無 |
| ⑤フロア、ユニット毎の研修開催の有無 | 1 有 2 無 |
| ⑥研修内容として該当するもの(複数回答可) | 1 具体的な事故事例等に関すること 2 報告のしくみや報告様式の記載方法 3 事故発生時の対応 4 業務内容ごとのケア手順(実技) 5 指針や指針に基づくマニュアル等の周知 6 その他 () |
| ⑦研修の実施状況に対する評価(複数回答可) | 1 実施している研修状況(開催頻度や研修内容等)に対し、満足している 2 研修時間を確保することや職員全体を対象とすることが困難である 3 職員の理解度に差がある 4 効果的な研修の内容や方法がわからない 5 その他 () |
| 28) 平成29年度に、職員が職務として介護事故防止に関する「外部」の研修を受講しましたか。 | 1 受講した ➡受講人数 () 人 ➡研修主催者(複数回答可) a 全国老人福祉施設協議会・都道府県老人福祉施設協議会 b 日本看護協会・都道府県看護協会 c 自治体 d その他 () 2 受講しなかった |

（5）貴施設において「介護事故」や「ヒヤリ・ハット」をどのように把握し、市区町村に対して報告しているかについてお伺いします。

| 29)貴施設内で「介護事故として取り扱う事故の種別」の番号に○をつけ、種別ごとに「介護事故として取り扱う被害状況の範囲」(選択肢は下の枠内)を選んでください。 | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
| 介護事故として取り扱う事故の種別 (↓番号に○、複数回答可) | 介護事故として取り扱う被害状況の範囲(複数回答可) | | | | | | | | | | |
| 1 転倒 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 2 転落 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 3 誤嚥 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 4 異食 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 5 褥瘡 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 6 離設 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 7 誤薬 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 8 医療的ケア関連 (点滴抜去、チューブ抜去、機器トラブル等) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 9 その他 () | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |

【選択肢】

| 介護事故として取り扱う被害状況の範囲(複数回答可) | |
|---------------------------|---|
| 1 | (サービス提供による利用者のけが等)程度にかかわらずすべて |
| 2 | (サービス提供による利用者のけが等)事故の種別によって発生した外傷等、なんらかのけがの内容を基準としたもの(※「転倒の場合に骨折」や「褥瘡の場合に皮膚欠損」等、具体的な症状を報告基準としている場合) |
| 3 | (サービス提供による利用者のけが等)医療機関の受診を要したもの |
| 4 | (サービス提供による利用者のけが等)入院を要したもの |
| 5 | (サービス提供による利用者のけが等)救急搬送を要したもの |
| 6 | サービス提供による利用者の死亡事故 |
| 7 | 事故発生後、ある程度の期間を経て死亡し、死因等に疑義が生じたもの |
| 8 | 介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの |
| 9 | 損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの |
| 10 | 1~9に該当する基準はない |
| 11 | その他 () |

| | | | | |
|-----------------------------|----------|------------|-------------|-------|
| 30) 介護事故として取り扱う被害の種類(複数回答可) | 1 骨折 | 2 打撲・捻挫・脱臼 | 3 切傷・擦過傷・裂傷 | 4 熱傷 |
| | 5 その他の外傷 | 6 窒息 | 7 溺水 | 8 その他 |

| | |
|----------------------------------|--|
| 31)ヒヤリ・ハットについて、施設内での対応に決めはありますか。 | 1 有 →取り決めの内容(複数回答可) a 記録する b 一定期間収集し、分析する c その他 () |
| | 2 無 |

| 32)介護事故が起こった場合の市区町村への報告に関して、以下の項目について施設で定められているか回答してください。※市区町村が定めたものに従う場合も含む | | | |
|--|-----------|------------|---------|
| ①市区町村への報告対象の範囲 | 1 定められている | 2 定められていない | 3 わからない |
| ②市区町村への報告様式・書式 | 1 定められている | 2 定められていない | 3 わからない |
| ③市区町村への報告手順・要領 | 1 定められている | 2 定められていない | 3 わからない |

| | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|--|----|----|------------------------------|-----|----|
| 33)介護事故による死亡事故件数(平成 29 年度実績) | | | | | | | | 件 | |
| 34)施設から市区町村へ報告した介護事故の件数(平成 29 年度実績)。報告しなかった場合には、「0」と必ずご記入ください。報告件数を把握していない場合には、「-」とご記入ください。 | | | | | | | | | |
| 転倒 | 転落 | 誤嚥 | 異食 | 褥瘡 | 離設 | 誤薬 | 医療的ケア関連(点滴抜去、チューブ抜去、機器トラブル等) | その他 | 合計 |
| 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 35)発生した介護事故を分析していますか。 | | | | 1 分析している 2 分析していない | | | | | |
| 「1 分析している」の場合:誰が分析していますか。(複数回答可) | | | | 1 事故の発見者(報告書の作成者)が分析している 2 事故が発生したフロアの職員が分析している 3 施設内の専任の安全対策を担当する者が分析している 4 事故発生の防止のための委員会で分析している 5 団体等の第三者に委託し分析している 6 その他() | | | | | |

3. 利用者・家族からのクレームへの対応体制についてお伺いします。

(1) 利用者・家族からのクレームへの対応体制についてお伺いします。

| | |
|---------------------------------------|---|
| 36)利用者・家族からのクレーム対応の窓口を施設内に設置していますか。 | 1 している 2 していない |
| 37)利用者・家族からのクレーム対応の体制を構築していますか。 | 1 している 2 していない |
| 38)対応マニュアルは作成していますか。 | 1 している 2 していない |
| 39)入所者や家族へ相談窓口(施設外も含む)の案内・周知を行っていますか。 | 1 行っている⇒案内する場所(複数回答可) a 施設内の窓口 b a以外の法人の窓口 c 市区町村 d 国民健康保険連合会 e その他() 2 行っていない |

(2) 利用者・家族からのクレームについてお伺いします。

| | |
|--|--|
| 40)利用者・家族からのクレームの有無、件数 (平成 30 年4月~9月) | 1⇒有()件 2 無 3 わからない |
| 41)主に誰が対応しますか。 | 1 看護職員 2 介護職員 3 施設長 4 医師 5 生活相談員 6 その他(職種:) 7 わからない |
| 42)クレームの内容について多いもの3つまで(複数回答可) | 1 ケアの質や量に関する事 2 職員の接遇や態度に関する事 3 利用者の私物の紛失や破損に関する事 4 施設設備に関する事 5 財産管理、遺言等に関する事 6 入所者同士のトラブルに関する事 7 その他() |

4. 最後に自由にご記入ください。

| |
|--|
| 43)これまでに実施した介護事故防止に向けた対策や取組で効果をあげたものを自由にご記入ください。 |
| |
| 44)介護事故防止のための施設の課題を自由にご記入ください。 |
| |

記入内容についてお伺いする場合があります。施設名と連絡先をご記入ください。

| | | | |
|-----|--|------|--|
| 施設名 | | 電話番号 | |
|-----|--|------|--|

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、返送用の封筒に入れ(切手は不要です)、ポストに投函してください。ご協力ありがとうございました。

平成30年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
 介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業
 市区町村票（案）

※本調査票は、介護老人福祉施設と介護老人保健施設から報告された介護事故を取り扱う方がご記入ください。

※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。

※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。分からない場合は「-」とご記入ください。

※調査時点は、平成30年10月3日または、質問に記載している期間とします。

| 都道府県名 | 市区町村名 | 人口(直近) | (約) 人 |
|--------------------------|-------|-----------------|-------|
| 貴自治体内の介護老人福祉施設数(含む地域密着型) | | 貴自治体内の介護老人保健施設数 | |

1. 介護老人福祉施設（含む地域密着型）・介護老人保健施設からの事故報告についてお伺いします。

| | | | |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------|
| 1)市区町村内の施設で発生した事故報告として求めている範囲(複数回答可) | 1 介護事故 | 2 ヒヤリ・ハット | 3 感染症・食中毒 |
| | 4 職員の安全・衛生 | 5 職員の法令等違反、不祥事等 | |
| | 6 家族・利用者からの苦情相談 | 7 自然災害 | 8 火災 |
| | 9 その他 () | | |

2. 「介護事故」について報告を求めている場合、その内容についてお伺いします。

| 2)施設で介護事故が起こった場合、市区町村へ報告する介護事故の範囲を定めていますか。 | 1 定めている | 2 定めていない | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|----------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
| 2)で「1 定めている」場合: ①「報告対象の事故の種別」の番号に○をつけ、種別ごとに「報告対象の被害状況の範囲」(選択肢は下の枠内)を選んでください。 | | | | | | | | | | | |
| 報告対象の事故の種別 (↓番号に○、複数回答可) | 報告対象の被害状況の範囲 (複数回答可) | | | | | | | | | | |
| 1 転倒 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 2 転落 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 3 誤嚥 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 4 異食 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 5 褥瘡 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 6 離設 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 7 誤薬・薬剤 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 8 治療・処置 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 9 医療機器・介護機器・リハビリ機器等 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 10 ドレーン・チューブ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 11 検査 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 その他 () | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |

【選択肢】

| 報告対象の被害状況の範囲(複数回答可) |
|--|
| 1 (サービス提供による利用者のけが等) 程度にかかわらずすべて |
| 2 (サービス提供による利用者のけが等) 事故の種別によって発生した外傷等、なんらかのけがの内容を基準としたもの(※「転倒の場合に骨折」や「褥瘡の場合に皮膚欠損」等、具体的な症状を報告基準としている場合) |
| 3 (サービス提供による利用者のけが等) 医療機関の受診を要したもの |
| 4 (サービス提供による利用者のけが等) 入院を要したもの |
| 5 (サービス提供による利用者のけが等) 救急搬送を要したもの |
| 6 サービス提供による利用者の死亡事故 |
| 7 事故発生後、ある程度の期間を経て死亡し、死因等に疑義が生じたもの |
| 8 介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの |
| 9 損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの |
| 10 1~9 に該当する基準はない |
| 11 その他 () |

| | | | | |
|---|---|--------------------|---------------------|---------------|
| ② 報告対象とする 事故の被害の種 類(複数回答可) | 1 骨折 5 その他の外傷 | 2 打撲・捻挫・脱臼 6 窒息 | 3 切傷・擦過傷・裂傷 7 溺水 | 4 熱傷 8 その他 |
| 3)施設から市区町村への報告様式・書式を、定めていますか。 | 1 定めている | 2 定めていない | | |
| 4) 施設に報告を求めている項目を定めていますか。 | 1 定めている | 2 定めていない | | |
| 4)で「1 定めている」場合、定めている項目 ※複数回答可 | | | | |
| 1 報告者 | | | | |
| 2 事業所の概要 ➡a 事業所名 b 事業所番号 c 所在地 d 法人名 e サービスの種類 f 入所者数 | | | | |
| 3 対象者の属性 ➡a 性別 b 年齢 c 要介護度区分 d 認知症区分 e 疾患名 f 事故発生前の入所者の状態 g 住所・連絡先 h その他 () | | | | |
| 4 事故の概要 ➡a 発見者 b 当事者 c 発生日時 d 発生場所 e 事故種別 f 事故の程度 g 事故の状況 h 事故の原因 i 改善策 | | | | |
| 5 死亡者数 | | | | |
| 6 発生時の対応 ➡a 医療の実施の有無 b 受診日 c 医療機関 d 対応・治療の内容 | | | | |
| 7 発生後の状況 ➡a 利用者の状況 b 最終診察・診断結果 c 家族への連絡・説明 d 損害賠償等の状況 e 再発防止策 f その他 () | | | | |
| 8 その他 () | | | | |
| 5)施設から市区町村への報告手順・要領を定めていますか。 | 1 定めている | 2 定めていない | | |
| 6)介護事故発生後の施設から市区町村への報告時期に関するルール | 1 報告の時期について定めている a 事故直後または一段落した段階で報告を求めている b 具体的に期日を示し、報告を求めている ・ 1回 : ()日以内 ・ 2回以上 : 第1報告:()日以内 最終報告:()日以内 c 事故の種類や程度等により報告時期を定めている 2 報告の時期について定めていない 3 その他 () | | | |

3. 平成29年度の介護老人福祉施設(含む地域密着型)・介護老人保健施設からの介護事故の報告件数をお伺いします。

| | 介護老人福祉施設 (含む地域密着型) | | 介護老人保健施設 | |
|-----------------------------------|-----------------------|--------|---------------|--------|
| | 報告があった 施設数 | 合計事故件数 | 報告があった 施設数 | 合計事故件数 |
| 7)サービス提供中の介護事故による「死亡」の報告件数 | 施設 | 件 | 施設 | 件 |
| 8)サービス提供中の介護事故による「死亡」以外の介護事故の報告件数 | 施設 | 件 | 施設 | 件 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| 9) 介護老人福祉施設と介護老人保健施設からの報告を受ける部署は同じですか | 1 同じ 2 違う |
|---------------------------------------|-----------|

4. 市区町村から都道府県への報告についてお伺いします。

| | |
|----------------|---------------------------------------|
| 10)報告制度の有無 | 1 有 ➡根拠は？(a 条例 b 通知 c その他 ()) 2 無 |
| 11)平成29年度の報告件数 | 介護老人福祉施設 () 件 介護老人保健施設 () 件 |

5. 施設から報告を受けた介護事故情報の活用状況等についてお伺いします。

(1) 介護事故情報の活用状況

| | |
|-------------------------------|---|
| 12)報告された介護事故情報の集計・分析の有無 | 1 単純集計の他、要因や傾向を分析している 2 内容や件数を単純集計している 3 集計や分析は行っていない |
| 13)介護事故情報を活用していますか (複数回答可) | 1 事故報告を提出した当該施設に対して指導や支援を行う 2 市区町村内の他の施設の実地指導や助言のために活用する(事例紹介、注意喚起等) 3 定例で実施している市区町村内の施設向けの研修や市区町村内の施設との連絡会議等で活用する 4 市区町村独自のマニュアル等に反映している 5 活用していない 6 その他() |

(2) 介護事故が発生した施設への対応

| | |
|---|--|
| 14)個別事例について検証をする会議等の有無 | 1 すべての事例について行う 2 必要に応じて、個別事例について検討している 3 個別事例の検討は行っていない |
| 14)で、「1 すべての事例について行う」または「2 必要に応じて、個別事例について検討している」場合、会議等のメンバー ※複数回答可 | |
| 1 市区町村の職員 2 外部有識者 3 その他() | |
| 15)施設への支援の内容 (複数回答可) | 1 施設への訪問による状況確認により助言や指導を行う 2 家族等への対応を行うよう助言を行う 3 他施設での事例や取組等の再発防止策に関する情報提供を行う 4 事故発生件数等の統計データを情報提供する 5 支援を行っていない 6 その他() |
| 16)実地検証の有無 | 1 すべての事例について実施する 2 実地検証の対象となる範囲を定めており、実施する ▶範囲(複数回答可) a 死亡事故の場合 b 重大事故の場合 c その他() 3 必要に応じ、実施する 4 実地検証を実施していない |
| 16)で「1」「2」「3」を選んだ場合:実地検証を行う者 | |
| 1 市区町村 2 都道府県 3 市区町村と都道府県 4 場合により異なる 5 その他() | |
| (施設への支援や実地検証を行っている場合にご回答ください。) 17)施設への支援や実地検証を行ったあと、当該施設において再発防止のための取組が行われているか、確認していますか。 | 1 定期的に確認している 2 助言や指導後、一度は確認している 3 特に確認していない 4 その他() |

平成30年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
 介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業
 都道府県票（案）

- ※本調査票は、市区町村から報告された介護事故を取り扱う方がご記入ください。
 ※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。
 ※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。
 分からない場合は「-」とご記入ください。
 ※調査時点は、平成30年10月3日または、質問に記載している期間とします。

| | | | |
|---------------------------|--|------------------|--|
| 都道府県名 | | | |
| 貴都道府県内の介護老人福祉施設数(含む地域密着型) | | 貴都道府県内の介護老人保健施設数 | |

1. 都道府県内の介護老人福祉施設・介護老人保健施設での事故情報の収集についてお伺いします。

| | |
|-------------------------------|--|
| 1)都道府県内の施設で発生した事故情報を収集していますか。 | 1 はい⇒理由（ ） ⇒どのように収集していますか（複数回答可） a 市区町村に報告を義務づけている→2-1をご記入ください b 事業者に報告を義務づけている→2-2をご記入ください c その他（ ） 2 いいえ（⇒設問4.に進んでください） |
|-------------------------------|--|

2-1. 設問1)で選択肢の「a 市区町村に報告を義務づけている」に○をつけた場合にご回答ください。

（1）市区町村から都道府県への報告の内容等についてお伺いします。

| | |
|---------------------------------|--|
| 2)市区町村に報告を義務づけている根拠 | 1 条例 2 通知 3 その他（ ） |
| 3)どのような事故について報告を求めていますか。（複数回答可） | 1 介護事故 2 ヒヤリ・ハット 3 感染症・食中毒 4 職員の安全・衛生 5 職員の法令等違反、不祥事等 6 家族・利用者からの苦情相談 7 自然災害 8 火災 9 その他（ ） |

（2）「介護事故」について報告を求めている場合、その内容についてお伺いします。

| 4)施設で介護事故が起こった場合、市区町村から都道府県へ報告する介護事故の範囲について定めていますか。 | 1 定めている 2 定めていない |
|--|--|
| 4)で「1 定めている」場合： ①「報告対象の事故の種別」の番号に○をつけ、種別ごとに「報告対象の被害状況の範囲」（選択肢は下の枠内）を選んでください。 | |
| 報告対象の事故の種別 (↓番号に○、複数回答可) | 報告対象の被害状況の範囲 (複数回答可) |
| 1 転倒 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 2 転落 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 3 誤嚥 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 4 異食 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 5 褥瘡 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 6 離設 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 7 誤薬・薬剤 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 8 治療・処置 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 9 医療機器・介護機器・リハビリ機器等 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 10 ドレーン・チューブ | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 11 検査 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 12 その他 () | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 【選択肢】 | |
| 報告対象の被害状況の範囲(複数回答可) | |
| 1 (サービス提供による利用者のけが等) 程度にかかわらずすべて | |
| 2 (サービス提供による利用者のけが等) 事故の種別によって発生した外傷等、なんらかのけがの内容を基準としたもの(※「転倒の場合に骨折」や「褥瘡の場合に皮膚欠損」等、具体的な症状を報告基準としている場合) | |
| 3 (サービス提供による利用者のけが等) 医療機関の受診を要したものの | |
| 4 (サービス提供による利用者のけが等) 入院を要したものの | |
| 5 (サービス提供による利用者のけが等) 救急搬送を要したものの | |
| 6 サービス提供による利用者の死亡事故 | |
| 7 事故発生後、ある程度の期間を経て死亡し、死因等に疑義が生じたものの | |
| 8 介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの | |
| 9 損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの | |
| 10 1~9 に該当する基準はない | |
| 11 その他 () | |
| ② 報告対象とする事故の被害の種類(複数回答可) | 1 骨折 2 打撲・捻挫・脱臼 3 切傷・擦過傷・裂傷 4 熱傷 5 その他の外傷 6 窒息 7 溺水 8 その他 |
| 5)市区町村から都道府県への報告様式・書式を定めていますか。 | 1 定めている 2 定めていない |

| | | | |
|--|--|------------------|--|
| 6) 市区町村に報告を求める項目を定めていますか。 | | 1 定めている 2 定めていない | |
| 6)で「1 定めている」場合、定めている項目 ※複数回答可 | | | |
| 1 報告者 | | | |
| 2 事業所の概要 ⇒a 事業所名 b 事業所番号 c 所在地 d 法人名 e サービスの種類 f 入所者数 | | | |
| 3 対象者の属性⇒a 性別 b 年齢 c 要介護度区分 d 認知症区分 e 疾患名 f 事故発生前の入所者の状態 g 住所・連絡先 h その他 () | | | |
| 4 事故の概要 ⇒a 発見者 b 当事者 c 発生日時 d 発生場所 e 事故種別 f 事故の程度 g 事故の状況 h 事故の原因 i 改善策 | | | |
| 5 死亡者数 | | | |
| 6 発生時の対応⇒a 医療の実施の有無 b 受診日 c 医療機関 d 対応・治療の内容 | | | |
| 7 発生後の状況⇒a 利用者の状況 b 最終診察・診断結果 c 家族への連絡・説明 d 損害賠償等の状況 e 再発防止策 f その他 () | | | |
| 8 その他 () | | | |
| 7)市区町村から都道府県への報告手順・要領を定めていますか。 | | 1 定めている 2 定めていない | |
| 8)介護事故発生後の市区町村から都道府県への報告時期に関するルール | 1 報告の時期について定めている | | |
| | a 事故直後または一段落した段階で報告を求めている | | |
| | b 具体的に期日を示し、報告を求めている ・ 1回 : ()日以内 ・ 2回以上 : 第1報告:()日以内 最終報告:()日以内 | | |
| c 事故の種類や程度等により報告時期を定めている | | | |
| 2 報告の時期について定めていない | | | |
| 3 その他 () | | | |

(3) 平成29年度の介護老人福祉施設(含む地域密着型)・介護老人保健施設での介護事故について、市区町村から受けた報告件数をお伺いします。(※事業者から直接受けた報告は含みません)

| | 介護老人福祉施設 (含む地域密着型) | | 介護老人保健施設 | |
|------------------------------------|-----------------------|------|-----------|------|
| | 報告があった施設数 | 合計件数 | 報告があった施設数 | 合計件数 |
| 9)サービス提供中の介護事故による「死亡」の報告件数 | 施設 | 件 | 施設 | 件 |
| 10)サービス提供中の介護事故による「死亡」以外の介護事故の報告件数 | 施設 | 件 | 施設 | 件 |

| | |
|--|--------------|
| 11) 介護老人福祉施設の事故と介護老人保健施設の事故の報告を受ける部署は同じですか | 1 同じ 2 違う |
|--|--------------|

2-2. 設問1) で選択肢の「b 事業者に報告を義務づけている」に○をつけた場合にご回答ください。

(1) 事業者から都道府県への報告の内容や手順等についてお伺いします。

| | | | |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------|
| 12)事業者に報告を義務づけている根拠 | 1 条例 | 2 通知 | 3 その他 () |
| 13)どのような事故について報告を求めていますか。(複数回答可) | 1 介護事故 | 2 ヒヤリ・ハット | 3 感染症・食中毒 |
| | 4 職員の安全・衛生 | 5 職員の法令等違反、不祥事等 | |
| | 6 家族・利用者からの苦情相談 | 7 自然災害 | 8 火災 |
| | 9 その他 () | | |

(2) 「介護事故」について報告を求めている場合、その内容についてお伺いします。

| 14)施設で介護事故が起こった場合、事業者から都道府県へ報告する介護事故の範囲について定めていますか。 | 1 定めている | 2 定めていない | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|----------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
| 14)で「1 定めている」場合： ①「報告対象の事故の種別」の番号に○をつけ、種別ごとに「報告対象の被害状況の範囲」(選択肢は下の枠内)を選んでください。 | | | | | | | | | | | |
| 報告対象の事故の種別 (↓番号に○、複数回答可) | 報告対象の被害状況の範囲 (複数回答可) | | | | | | | | | | |
| 1 転倒 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 2 転落 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 3 誤嚥 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 4 異食 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 5 褥瘡 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 6 離設 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 7 誤薬・薬剤 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 8 治療・処置 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 9 医療機器・介護機器・リハビリ機器等 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 10 ドレーン・チューブ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 11 検査 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 その他 () | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |

【選択肢】

| 報告対象の被害状況の範囲(複数回答可) |
|--|
| 1 (サービス提供による利用者のけが等) 程度にかかわらずすべて |
| 2 (サービス提供による利用者のけが等) 事故の種別によって発生した外傷等、なんらかのけがの内容を基準としたもの(※「転倒の場合に骨折」や「褥瘡の場合に皮膚欠損」等、具体的な症状を報告基準としている場合) |
| 3 (サービス提供による利用者のけが等) 医療機関の受診を要したもの |
| 4 (サービス提供による利用者のけが等) 入院を要したもの |
| 5 (サービス提供による利用者のけが等) 救急搬送を要したもの |
| 6 サービス提供による利用者の死亡事故 |
| 7 事故発生後、ある程度の期間を経て死亡し、死因等に疑義が生じたもの |
| 8 介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの |
| 9 損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの |
| 10 1～9 に該当する基準はない |
| 11 その他 () |

3. 設問1)で「1 はい」と回答した場合にご回答ください。市区町村や事業者から報告を受けた介護事故情報の活用状況についてお伺いします。

| | |
|----------------------------|---|
| 22)報告された介護事故情報の集計・分析の有無 | 1 単純集計の他、要因や傾向を分析している 2 内容や件数を単純集計している 3 集計や分析は行っていない |
| 23)介護事故情報を活用していますか。(複数回答可) | 1 事故報告を提出した当該施設に対して指導や支援を行う 2 都道府県の他の施設の実地指導や助言のために活用する(事例紹介、注意喚起等) 3 定例で実施している都道府県内の施設向けの研修や都道府県内の施設との連絡会議等で活用する 4 都道府県独自のマニュアル等に反映している 5 活用していない 6 その他 () |

4. 都道府県が実施する研修等についてお伺いします。

| | |
|--|--|
| 24) 介護事故防止のための研修の有無 | 1 有 2 無 |
| 24)で「1 有」の場合にご回答ください。 | |
| ①開催回数(平成29年度) | ()回 |
| ②受講者数(延べ人数)(平成29年度) | ()人 |
| ③対象者(複数回答可) | 1 施設長 2 看護職員 3 介護職員 4 施設職員 5 自治体職員 6 その他 () |
| 25)介護事故が発生した施設への実地検証の有無 | 1 すべての事例について実施する 2 実地検証の対象となる範囲を定めており、実施する ➡範囲(複数回答可) a 死亡事故の場合 b 重大事故の場合 c その他 () 3 必要に応じ、実施する 4 実地検証を実施していない |
| 25)で「1」「2」「3」を選んだ場合:実地検証を行う者 | |
| 1 市区町村 2 都道府県 3 市区町村と都道府県 4 場合により異なる 5 その他 () | |