

南部箕蚊屋広域連合介護保険事業者における事故発生時の報告取扱い要領

平成 20 年 1 月 8 日

改正 平成 27 年 8 月 21 日

- 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とする。
- 2 報告の範囲
事業者は、次の(1)～(5)の場合、南部箕蚊屋広域連合へ報告を行う。
 - (1) サービス提供による、利用者のケガ又は死亡事故の発生
 - (注1) 「サービス提供による」とは送迎、通院等の間の事故も含む。また、利用者が事業所内にいる間及び、事業者が居宅等を訪問している間は、「サービス提供中」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し、通院又は入院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良いと判断されるものについては、南部箕蚊屋広域連合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、南部箕蚊屋広域連合へ報告する。
 - (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、南部箕蚊屋広域連合へ連絡若しくは報告書を再提出すること。
 - (2) 食中毒、感染症及び結核の発生
 - (注) ①感染症…「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、1類感染症から5類感染症(5類感染症の定点把握感染症を除く)、指定感染症及び新感染症とする。
 - ②結核…サービス提供に関連して発生したと認められる場合は、南部箕蚊屋広域連合へ報告する。

なお、食中毒及び感染症、結核の発生について、関連する法に定める届出義務がある場合はこれに従う。
 - (3) 職員(従業員)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：利用者からの預かり金の横領、送迎時の交通事故など)について報告する。
 - (4) 利用者の失踪・離脱
 - (注) 時間の長短を問わず利用者の所在がわからなくなったものについて報告する。
 - (5) 利用者等の個人情報の漏えい(疑い含む)
 - (6) その他、事業者が報告を必要と認めた事故の発生
- 3 報告の手順
 - (1) 事故後、事業者は速やかに南部箕蚊屋広域連合へ電話又は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、南部箕蚊屋広域連合の受付者の名前を確認する。またFAXの場合は、南部箕蚊屋広域連合へ到着したかどうかの確認を行うこと。
 - (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、土日の間に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) FAX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良い。南部箕蚊屋広域連合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FAXで適宜報告する。

(3) 事故処理の区切りがついたところで、定められた様式(4の「介護保険事業者事故報告書」)を用いて、文書で報告する。

(4) 報告にあたっては、個人情報の取扱いに十分注意すること。

4 報告の書式

別紙「介護保険事業者事故報告書」を標準とする。

5 報告先

南部箕蚊屋広域連合事務局

電話：0859-39-6222 FAX：0859-39-6223

6 南部箕蚊屋広域連合の対応

南部箕蚊屋広域連合においては、事故に係る状況を把握するとともに、当該事業者の状況に応じて必要な対応を行う。

この場合、事業者への事実確認等において必要がある場合は、他の機関との連携を図る。

附 則 (平成27年8月21日改正)

この要領は、平成27年8月21日から施行する。

介護保険事業者 事故報告書 (事業者→南部箕蚊屋広域連合)

平成 年 月 日

1 事業所の概要	事業所(施設)名											
	事業所番号											
	所在地	電話番号 () FAX番号 ()										
	法人名											
	管理者氏名	氏名()										
サービス種類	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <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"/> 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"/> 小規模多機能型居宅介護 <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"/> 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 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他()											
	※介護予防を含む											
2 対象者	保険者番号					被保険者番号					性別・年齢	男・女 (歳)
	要介護度	支援 1 2 介護 1 2 3 4 5					サービス提供開始日	年 月 日				
3 事故の概要	発生日時	年 月 日		午前・午後		時 分	頃		発生・発見			
	発生場所	屋内() 屋外()										
	事故種別・結果 <small>(複数の場合は、もっとも症状の重いものを1カ所にチェック)</small>	<input type="checkbox"/> 骨折(ひび含む) <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 失踪・離脱 <input type="checkbox"/> その他→ <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 個人情報の漏えい <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <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"/> 異食・誤えん <input type="checkbox"/> 感染症・結核等										
		死亡の場合、死亡日: 年 月 日 原因: 警察の検証 有 無										
	事故時の状況、経緯、対応等											
事故の原因												
4 発生時の対応	受診日・医療機関	受診日時: 月 日 時 分 医療機関名:										
	治療の概要											
5 発生後の状況	関係機関への連絡	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> 配食事業者 <input type="checkbox"/> その他()										
	利用者の状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設・自宅療養 状況:										
	最終診察・診断結果											
	家族への連絡、説明	<input type="checkbox"/> 月 日 時頃 (誰が)が(誰に)に説明済み <input type="checkbox"/> 連絡不要(身寄りのない方等)										
6 再発防止に向けての今後の取り組み	損害賠償等の状況	<input type="checkbox"/> 事業所負担(保険を利用した場合を含む) <input type="checkbox"/> 利用者負担 <input type="checkbox"/> 負担が生じる状況はなし <input type="checkbox"/> 検討・交渉中 (結果が分かり次第再度報告してください)										
		【事故発生後、事業所内で検討の結果、実施する内容を具体的に記入してください。不適切例: ~を検討中…、見守りの強化…×、職員への周知× などの漠然とした表現は不可】										

※本書内には、事故に関わる個人の特定に資する情報(個人名等)を記載しないこと。
 ※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。