

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

制定 平成20年1月8日
最終改正 令和3年4月1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く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。

附 則 (平成28年4月27日改正)

この要領は、平成28年4月27日から施行する。

附 則 (平成31年4月1日改正)

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

附 則 (令和3年4月1日改正)

この要領は、令和3年4月1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)

※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									
発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃 (24時間表記)	
4 事 故 の 概 要	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(チューブ除去等)										
	発生時状況、事故内容 の詳細											
	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									