

大井町介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領

介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）、介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）、指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第41号）、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）、指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第37号）、介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生労働省令第5号）及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第140条の62の3第2項で定める基準による、事故が発生した場合の介護保険事業者から大井町への報告は、この要領の定めるところによるものとする。

1 事故報告の対象となる事業者及び介護保険サービス

以下の事業者（以下「各事業者」という。）が行う介護保険適用サービス及び介護保険適用サービスと一体的に提供されるその他のサービスとする。

- ① 指定介護保険事業者
- ② 基準該当サービス事業者

2 報告の範囲

各事業者は、次の①～③の場合、報告を行うこととする。

① サービスの提供による、利用者のケガ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。

また、在宅の通所・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) ケガの程度については、医師（施設の勤務医、配置医を含む）の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となったものとする。

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事故であっても、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は、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死亡した場合は、事業者は速やかに、連絡もしくは報告書を再提出すること。

② 食中毒及び感染症、結核の発生

注) 食中毒・感染症・結核について、サービス提供に関連して発生したと認められる場合は、報告すること。

③ 職員（従業者）の法令違反・不祥事等の発生

報告の範囲は、利用者の処遇に影響があるもの（例：利用者からの預り金の横領、個人情報紛失など）については報告すること。

3 報告先

各事業者は、2で定める事故が発生した場合、5の手順により、次の両者に報告することとする。

- ① 被保険者の属する保険者（市町村）
- ② 事業所・施設が所在する保険者（市町村）

4 報告の書式

原則として、別紙「介護保険事業者 事故報告書（事業者→大井町）（以下「事故報告書」という。）」により報告する。

5 報告の手順

- ① 事故後、各事業者は、速やかに電話又はFAXで報告する（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、市町村の受付者の名前を確認すること。

注2）FAXの場合は、

- 市町村へ到着したかどうかの確認を行うこと。
- 書式については、原則として「事故報告書」を使用し、その時点で判明している部分を記載する。
- 誤送信の可能性もあるため、対象者情報など個人情報に該当する部分は、黒く塗りつぶすなどしてから送信すること。この場合はFAXが到着したか否かを電話で確認する際に、個人情報部分を口頭で補うこと。

注3）「速やかに」の期限については、遅くとも5日以内を目安に提出すること

例1：午後に事故が起こり、処置等のために数時間を要し、終業時間が過ぎた場合には、翌朝早くに報告を行う。

例2：金曜日夜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。

- ② 事故処理の経過について、電話又はFAXで追加の報告を行うこと。

- ③ 事故処理の区切りがついたところで、定められた書式（「事故報告書」）を用いて、文書で報告する。

- ④ 各事業者は、保険者、利用者（家族を含む。以下同じ）及び事業者が事故の事実関係を共通に把握することができるよう、利用者に対し、「事故報告書」の控えを積極的に開示し、求めに応じて交付する。

6 報告に対する大井町の対応

(1) 必要に応じて、事業者への調査及び指導を行うとともに利用者に対して事実確認等を行うものとする。

(2) 介護保険指定事業者（指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定地域密着型介護予防サービス、指定介護予防支援、基準該当サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業を除く。）から報告のあった事故については、神奈川県が定める「介護保険適用サービスにおける事故報告に係る情報提供取扱要領」に基づき、指定権者である県の対応が必要と判断されるものについて、県に情報提供する。

この要領は、公表の日から施行する。

事故報告書（事業者→大井町）

※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											
	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 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 自治体名() 警察署名() 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												

-
- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護療養型医療施設
- 介護医療院
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 特定施設入居者生活介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護
- 地域密着型特定施設入所者生活介護
- 看護小規模多機能型居宅介護
- 看護老人ホーム
- 軽費老人ホーム
- 有料老人ホーム
- サービス付き高齢者向け住宅