

南部町介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領

平成30年5月1日健福要領第4号
改正 令和3年5月20日福介要領第1号

(目的)

第1条 この要領は、介護サービスを提供する事業者（以下「事業者」という。）が、利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合、速やかに南部町、当該利用者の家族等に報告するために必要な事項を定め、事故の内容説明や賠償を含めた事故の速やかな解決及び再発防止に資することを目的とする。

(対象事業者)

第2条 この要領の対象となる事業者は、次に掲げるものとする。

- (1) 南部町の被保険者に対して介護サービスを提供するもの
- (2) 南部町内を所在地とする介護保険法（平成9年法律第123号）における指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者、指定介護予防支援事業者及び介護予防・生活支援サービス事業者並びに指定通所介護事業者等で提供する宿泊サービスを提供する事業者

(報告すべき事故の範囲)

第3条 事業者が、報告すべき事故の範囲は、原則として次のとおりとする。

- (1) サービス提供中の利用者の怪我又は死亡事故の発生
 - ア 「サービス提供中」には、送迎・通院等を含む。
 - イ 「怪我」とは、転倒又は転落等に伴う骨折及び出血、火傷、誤嚥、誤薬等で医療機関において治療（当該施設内及び併設医療機関での医療処置を含む。）又は入院したものを原則とする。
 - ウ 怪我、死亡事故等には、事業者側の責任や過失の有無は問わず、利用者の自己責任及び第三者の過失による事故を含む。
 - エ 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があるときは報告すること。
- (2) 感染症、食中毒、結核の発生又はそれが疑われる事例
 - ア 感染症とは、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（平成10年法律第114号）に規定するもののうち、原則として一類から五類及び新型インフルエンザ等感染症とする。
 - イ 同一の感染症、食中毒、結核の患者、それらが疑われる死亡者又は重篤患者（医療機関への入院）が1週間以内に2名以上発生した場合
 - ウ 同一の感染症、食中毒、結核の患者又はそれが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
 - エ アからウに掲げるもののほか、特に管理者が報告を必要とすると判断した場合

オ 関連する法に届出義務が規定されている場合には、これに従うこと。

(3) 利用者が行方不明となった場合

ア 行方不明となったその当日中に発見できなかった場合

イ 警察に捜索願を届け出た場合

(4) 従業員の法令違反、不祥事等があった場合

(5) 火災、地震、風水害、その他これらに類する災害による被害があった場合

(6) その他、報告が必要と認められる事故が発生した場合

上記のほか、サービスの提供において利用者の処遇に著しい影響を与えた場合

(報告手順)

第4条 報告の手順は、次のとおりとする。

- (1) 事業者は、前条第1号又は第3号に該当する事故が発生した場合は、第一報を速やかに当該利用者の家族等に連絡するとともに、南部町に対して第一報を事故報告書（第1号様式）により報告する。その際、少なくとも事故報告書内の1から6の項目までについて可能な限り記載し、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。その後、状況の変化等必要に応じて、追加の報告を行い、事故の原因分析や再発防止策等については、作成次第報告する。
- (2) 事業者は、前条第2号に該当する事故が発生した場合は、第一報を速やかに当該利用者の家族等に連絡するとともに、南部町に対して第一報を速やかに事故報告書（第2号様式）により報告する。
- (3) 前号の事故報告書は、必要な項目が明記されていれば、別様式でも差し支えないものとする。
- (4) 事業者は、前条第4号から第6号までに該当する事故が発生した場合は、第一報を速やかに当該利用者の家族に連絡するとともに、南部町に対して第一報を速やかに任意の様式により報告する。

(報告先)

第5条 報告先については、次のとおりとする。

(1) 第3条第1号及び第3号から第5号までに該当する事故の場合

南部町福祉介護課介護保険班。ただし、南部町以外の被保険者の場合は、被保険者の属する保険者市町村にも事故報告を行うこと。

(2) 第3条第2号の場合

三戸地方保健所及び南部町福祉介護課介護保険班。ただし、南部町以外に所在する事業者の場合は、所在地を所管する保健所に事故報告を行うこと。

(利用者等への対応)

第6条 事業者は、第3条各号に掲げる事故が発生した場合、当該利用者及びその家族に対して、当該事故に関する詳細な説明及び経過報告を行うほか、必要に応じて謝罪や損害賠償等の迅速かつ丁寧な対応を行わなければならない。

(南部町の対応)

第7条 南部町は、第4条の規定による報告を受けた場合、当該事故に係る状況を把握するとともに、当該事業者の対応状況に応じて、保険者として必要な対応を行うとともに、必要に応じて、他の市町村及び都道府県と連携を図るものとする。

附 則

(施行期日)

1 この要領は、平成30年5月1日から施行する。

(南部町地域密着型サービス事業所における事故発生時の報告取扱要領の廃止)

2 この要領の制定と同時に、南部町地域密着型サービス事業所における事故発生時の報告取扱要領（平成21年南部町要領）は廃止する。

3 この要領は、令和3年5月20日から施行する。

(第1号様式)

事故報告書（事業者→南部町）

※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

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第 報	<input type="checkbox"/> 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)、自施設で応急措置 <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		歳	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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
	認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
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						医療機関名(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)	(該当するものすべてにチェックすること)							
	(1)本人要因							
	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 機能低下 <input type="checkbox"/> 薬物処方 <input type="checkbox"/> その他()							
	(2)職員要因							
<input type="checkbox"/> アセスメント不足 <input type="checkbox"/> 情報共有不足 <input type="checkbox"/> 観察・見守り不足 <input type="checkbox"/> 安全確認不足 <input type="checkbox"/> 不適切な介助手順 <input type="checkbox"/> 介助者の人数不足 <input type="checkbox"/> その他()								
(3)環境要因								
<input type="checkbox"/> 設備の不備 <input type="checkbox"/> 器具の不備 <input type="checkbox"/> 整理整頓不足 <input type="checkbox"/> 管理の不備 <input type="checkbox"/> 設置場所の問題 <input type="checkbox"/> その他()								
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								

提出者	1 事業所(施設名)	
	2 担当者(職名)	
	3 連絡先	

(第2号様式)

事故報告書（感染症、食中毒、結核等）

年 月 日

法人名称及び代表者氏名
(氏名)

当事業所において、次のとおり事故が発生したので報告します。

事業所	事業所名等	事業所名： 所在地： 電話番号：		
	サービス種類			
	管理者氏名		担当者氏名	
1	感染症等名			
2	発生状況及び経過	発生状況・発生経過		
3	発症者数	・利用（入所）者	人中	人（うち死亡者 人） （うち死亡者 人）
		・職員	人中	人（うち死亡者 人） （うち死亡者 人）
		・その他	人中	人（うち死亡者 人） （うち死亡者 人）
4	主な症状			
5	保健所への報告	（ 済 ・ 未 ）		
6	対応状況			

7 事故原因の分析 結果	
8 再発防止策	
9 添付書類	

※記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張するか、別に記載してください。

※必要に応じて参考となる資料を添付してください。