

事故発生時の連絡・報告に関する取扱要領

この要領は、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）をはじめとする国の省令に規定される事故発生時の市・町への連絡について、速やかに、かつ正確な連絡・報告が行われるよう、取扱を定めるものである。

1. 本要領の対象となる事業者及びサービス

介護保険指定事業者及び基準該当サービス事業者（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. 市又は町及び関係機関へ連絡する事故の範囲

（1）事業者は、次に定める事故等が発生した場合には速やかに市または町へ連絡するものとする。

①サービス提供時に発生した死亡事故

②サービス提供時に発生した受傷、転倒、誤嚥等により医療機関の受診を要した事故で、入院または継続的な通院が必要とされたもの

③利用者に受傷等はないが、サービス提供時に発生した事故（送迎時の交通事故、ヘルパー訪問時の物損事故等）

④感染症・食中毒について、サービス提供に関連して発生したと疑われるもので死亡者または週に 2 名以上の重篤患者が発生したもの

⑤その他、サービス事業管理者において市または町への連絡が必要と認めた事故（利用者への虐待、体罰、人権侵害、利用者からの預り金の横領、個人情報紛失などの不祥事等）

※ 事業者側の過失の有無は問わない（利用者の過失による事故であっても、上記に該当する場合は報告すること）。

（2）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、または入院期間が長期（3 週間以上）に及んだ場合は、事業者はその後の経過を記載し、報告すること。

（3）事業者は、サービス提供時の死亡事故や受傷事故で自らの過失による疑いがあるときは、必ず警察への連絡を行うものとする。

また、食中毒の発生や感染症、インフルエンザの発症等で関連する法律等に関係機関への届出義務がある場合はそれに従うものとする。

3. 連絡・報告の手順

（1）事故発生後、事業者は速やかに電話等で事業所が所在する市または町の担当課、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に報告することとする。（事業者名、報告者名、介護サービスの種類、利用者の住所・氏名・生年月日・被保険者番号・要介護度、事故発生日時、事故発生場所、事故の種別等）

（2）必要に応じ、事故処理の経過についても、電話等で市または町に適宜報告する。

（3）事故処理後、事業者は速やかに「事故報告書（様式 1）」を市または町に提出することとし、必要に応じ内容等を説明することとする。

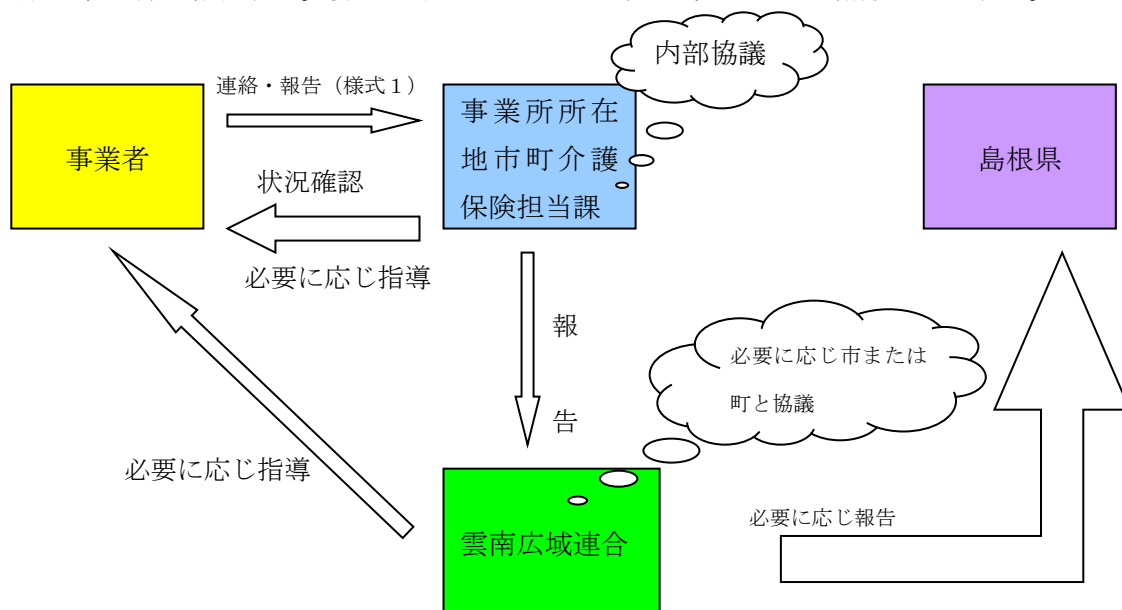
4. 連絡・報告先

事業所が所在する市または町へ連絡・報告を行うこととする。

事故の対象者が雲南広域連合の被保険者である場合のほか、雲南広域連合の被保険者でない場合でも、雲南地域に所在する事業所で発生した事故については報告の対象とする。

5. 連絡・報告の流れ図

市・町は、事業者から連絡・報告を受けた時は、速やかに事故発生時の状況を把握するとともに雲南広域連合へ報告する。併せて市・町としての対応を次のとおり協議し決定する。



※なお、雲南広域連合は、次の事由による事故については、事業者から提出された事故報告書の写しを添えて島根県に報告することとする。

- ① サービス利用者の死亡または重症（事故により長期間入院した）事故
- ② 利用者への身体拘束が原因と推定される事故
- ③ 特異な事由が原因と推定される事故
- ④ 事業者の法令違反や職員の不祥事が原因と推定される事故
- ⑤ その他、県に報告することによって同様の事故発生が防止できると考えられる事故

事故報告書 (事業者→市・町)

西暦 年 月 日

市・町長 様

以下のとおり介護サービスにおいて事故が発生しましたので報告します。

第 1 報 第 報 最終報告

※第 1 報は少なくとも 1 から 6 まで可能な限り記載し、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

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 (年 月 日 ~ 月程度見込み) <input type="checkbox"/> 手術 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 通院 (月程度見込み) <input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> バンド等固定 <input type="checkbox"/> 縫合 <input type="checkbox"/> 死亡 (年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()
------------	---------	--

2 事業者 の概要	法 人 名			
	事 業 所 名			事業所番号
	サービス種類 (事故が発生したサービス)			
	所 在 地	電 話 ()		
	報告書記載者氏名	職 名 ()		
3 対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	氏 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日生	年 齢	歳
	被保険者番号			
	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"/> 自立 <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 () AM・PM 時 分頃		
	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 ()		
	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)		

	内 容	* 発生（発見）場所、その時の状況、利用者の状態などを具体的に記載する。
	その他 特記すべき事項	
	原 因	* 直接事故に結びついたと考えられる要因

5 事 故 発 生 時 の 対 応	対 処 仕 方	* 事故発生後対応を経過記録的に記載すること。			
	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	所 在 地			
		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（ ）			
	家 族 へ の 連 絡、説 明 状 況	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 曆	年	月 日	
<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問（訪問者 ） <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 了解済み <input type="checkbox"/> 不納得					

	連 絡 済 関 係 機 関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 市町介護保険担当課 <input type="checkbox"/> 利用者家族 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <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:)
6 事 故 後 の 対 応	利 用 者 の 状 況	* 病状、入院の有無、その他の利用者の状況及び家族への報告、説明を具体的に記載すること。
	損 害 賠 償 等 の 状 況	保険の利用予定 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし 主な賠償内容
7 再 発 防 止 に 向 け て の 今 後 の 取 組 ・ 改 善 策	*できるだけ具体的に記載すること。(マニュアル見直し、職員間での研修、原因の解明等)	
8 その他 特 記 す べ き 事 項		

※記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、添付すること。