

介護保険事業者の事故発生時の報告手続き等について

介護保険法に基づくサービス提供中に負傷事故等が発生した場合には、事業者等から速やかに小美玉市介護福祉課介護保険係へ報告をお願いいたします。

小美玉市内の事業所で発生した事故、小美玉市以外に所在する事業所であっても利用者の被保険者が小美玉市である事故は報告の対象となります。

介護保険最新情報Vol.943（令和3年3月19日付）の発出に伴い、将来的な事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等の検討に資する観点から、市では国が作成した、標準様式を令和3年4月1日より活用することになりました。

事故発生時の報告書及び取扱いにつきましては、下記のとおりになります。

① 報告対象について

○下記の事故については、受傷の程度に限らず原則として全て報告してください。

- ・死亡に至った事故
- ・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事故※打撲、捻挫等の外傷性のものだけでなく、感染症の発生等によるものも含みます。

○その他の事故報告については、お問い合わせください。

② 報告期限及び留意事項

- ・第1報は、少なくとも事故報告書の1から6の項目（事故状況等）を可能な限り記載し、遅くとも5日以内に提出してください。
- ・その後、状況の変化等必要に応じて、追加の報告を行い、事故報告書7、8の項目（事故の原因分析、再発防止策）については、作成次第報告をしてください。

③ 提出方法

- ・別紙の標準様式を使用し、提出はメール又は郵送をお願いいたします。

事故報告書（事業者→小美玉市）

※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 | 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（ <input type="checkbox"/> 看護医含む）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（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6事故発生後の状況 | 検査、処置等の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人、家族、関係先等への追加対応予定 | 自治体名（ ） 警察署名（ ） 名称（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（手帳変更、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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |