

# 3. 事故等発生時の報告の取扱い

## 1 報告が必要な事故等

| 報告事項               | 内容                    | 例                                 |
|--------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| サービスの提供によるケガ又は死亡事故 | 医師の診断を受け、処置等の必要が生じたもの | ・転倒による骨折<br>・誤嚥による窒息<br>・誤薬による受診  |
| 食中毒及び感染症           | 事業所内で感染症が発生           | 疥癬、結核、インフルエンザ等                    |
| 職員の法令違反等           | 利用者の処遇に影響があるもの        | 利用者からの預かり金の横領等                    |
| その他                | 報告が必要と認められるもの         | ・利用者の保有する財産の滅失等<br>・ケガはないがトラブルに発展 |

※ 利用者が病気等により死亡した場合であっても後日トラブルが生じる可能性が認められるものは報告するものとする。

## 2 報告方法

- ① 別紙事故報告書の様式に可能な限り記載の上、電子メール、FAX及び持参等により、遅くとも5日以内に第一報を報告
- ② その後の経過について、順次報告
- ③ 再発防止策をまとめ、事故処理の区切りがついたところで最終の報告

※ 第1報、第〇報、最終報告をしっかりと区別し報告をしてください。

※ 内容によっては後日窓口でヒアリングをさせていただくこともあります。

## 3 報告先

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

※ 各市町へ報告がされていない事案が散見されます。

知多北部広域連合だけでなく、市町介護保険担当課にも報告してください。

例

東海市にある事業所が大府市在住利用者の事故報告をする場合、

- |                   |   |                |
|-------------------|---|----------------|
| ①被保険者の属する保険者（市町村） | → | ①知多北部広域連合（給付係） |
| ②事業所が所在する保険者（市町村） | → | ②大府市（高齢障がい支援課） |
|                   |   | ③東海市（高齢者支援課）   |

報告の取扱いについては、愛知県の示す標準例に準じています。

▶ 詳細はこちらを確認してください。



事故報告書 (事業者→知多北部広域連合・事業所が所在する市町)

続報の場合、第〇報または最終報告にチェックしてください。

※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  
 ※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

第1報
  第\_\_報
  最終報告
 提出日：西暦 2023年 1月 17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 checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                          |                                     |                          |                          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |
|           | 死亡に至った場合<br>死亡年月日 | 西暦   |                          | 年                                   |                          | 月                        |                                     | 日                        |                          |  |                          |                          |  |
| 2事業所の概要   | 法人名               | 〇〇株式会社   |                          |                                     |                          |                          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |
|           | 事業所(施設)名          | グループホーム〇〇  |                          |                                     |                          |                          | 事業所番号                               | 230000000                |                          |  |                          |                          |  |
|           | サービス種別            | 認知症対応型共同生活介護   |                          |                                     |                          |                          | 電話番号                                | 000-000-0000             |                          |  |                          |                          |  |
|           | 所在地               | 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地   |                          |                                     |                          |                          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |
| 3対象者      | 氏名・年齢・性別          | 氏名   | 広域 太郎                    |                                     |                          | 年齢                       | 80                                  |                          | 性別                       | <input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |                          |                          |  |
|           | 生年月日・被保険者番号       | 西暦   | 1942                     | 年                                   | 12                       | 月                        | 26                                  | 日                        | 被保険者番号                   | 0000123456   |                          |                          |  |
|           | サービス提供開始日         | 西暦   | 2020                     | 年                                   | 5                        | 月                        | 20                                  | 日                        | 保険者                      | 知多北部広域連合   |                          |                          |  |
|           | 住所                | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|           | 認知症高齢者<br>日常生活自立度 | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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   | 2023                     | 年                                   | 1                        | 月                        | 17                                  | 日                        | 12                       | 時  | 40                       | 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 checked="" 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 checked="" 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     | 昼食後、椅子から立ち上がり歩いてトイレに移動しようとしたところ、近くのテーブルから出ている椅子の脚につまづき転倒。介護職員は、別の利用者の食事介護の対応をしていた。転倒直後に右足の痛みを訴えられた。右足鼠径部に膨張あり。   |                          |                                     |                          |                          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |
|           | その他<br>特記すべき事項    |  |                          |                                     |                          |                          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |
| 5事故発生時の対応 | 発生時の対応            | バイタルサイン測定<br>血圧：160/100mmHg 脈拍：90 体温：36.8度<br>12：55 救急車を電話で呼ぶ<br>13：05 救急車で搬送<br>13：20 〇〇病院に到着   |                          |                                     |                          |                          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |
|           | 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) <input checked="" type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                          |                                     |                          |                          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |
|           | 受診先               | 医療機関名  | 〇〇病院                     |                                     |                          |                          |                                     | 連絡先(電話番号)                | 0000-00-0000             |  |                          |                          |  |
|           | 診断名               | 右大腿部頸部骨折   |                          |                                     |                          |                          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |
|           | 診断内容              | <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折(部位： 右大腿部) <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                          |                                     |                          |                          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |
|           | 検査、処置等の概要         | 〇/△退院予定  |                          |                                     |                          |                          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |

ご家族への報告状況(いつ、誰に、何を伝えたか)や反応は、5事故発生時の対応や6事故発生後の状況に適宜記入してください。

|  |   |   |   |  |   |   |   |    |
|--|---|---|---|--|---|---|---|----|
| 6<br>事故発生後の状況                                  | 利用者の状況  | <p>普段は独歩。最近ふらつくことがあったため、靴をきちんと履いているかの確認を行うこと、トイレ等、移動時は声掛けをしてもらい、付き添いすることとしていた。<br/>ご家族に電話し救急搬送したことを伝える。病院で合流し、施設職員と共に医師の説明を受ける。ご家族に転倒の状況を報告、謝罪を行った。</p> |   |  |   |   |   |    |
|  | 家族等への報告   | 報告した家族等の続柄  | <input checked="" 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  | 2023                                   | 年 | 1 | 月 | 17 |
|  | 連絡した関係機関(連絡した場合のみ)  | <input type="checkbox"/> 他の自治体<br>自治体名 ( )  | <input type="checkbox"/> 警察<br>警察署名 ( )   | <input type="checkbox"/> その他<br>名称 ( ) |   |   |   |    |
| 本人、家族、関係先等への追加対応予定                             | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容を9その他特記すべき事項に記載すること)  |   |   |  |   |   |   |    |
| 7 事故の原因分析<br>(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)   |   |   |  |   |   |   |    |
|  | <p>・靴はかかとを踏まず履いていた。<br/>・テーブルから出ている椅子があった。<br/>・普段からの物静かであり、移動時に声掛けすることに慣れていなかった。<br/>・移動・移乗動作は見守り・付き添いを行っていたが、食堂の椅子に移る際の転倒に対応できる場所に職員を配置しておらず、転倒への対応ができなかった。</p> |   |   |  |   |   |   |    |
| 8 再発防止策<br>(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)   |   |   |  |   |   |   |    |
|  | <p>後日、第2報として報告予定。</p> <p><b>事故の原因分析・再発防止策は5日以内に内容がかたまらない場合、後日追加で報告してください。</b></p> <p><b>※空欄ではなく、後日報告する旨を記入してください。</b></p>   |   |   |  |   |   |   |    |
| 9 その他<br>特記すべき事項                               |   |   |   |  |   |   |   |    |



### 《再発防止策検討ポイント》

- ① 利用者の普段の状況・状態はどうか
- ② 事故の要因は何か(人的要因、環境要因)
- ③ 事故の要因はどのように・なぜ発生したのか
- ④ 事故の要因を発生させないためには何が必要か