

○ 事故報告の取扱い

報告様式 の変更

可能な限り別紙の様式を使用
(国が行う将来的な事故報告の標準化の観点から、別添様式の項目を含める様式であること)

報告の 対象

介護保険サービス事業者における事故発生時の報告の取扱い
(標準例) 参照

報告の 方法

第一報は、事故発生後遅くとも5日以内にFAX又はメールで報告。
事故発生の変因の解析、再発防止策等については、まとめ次第、FAX又はメールで報告。

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）

※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"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <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) <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 自治体名 ()		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 ()		<input type="checkbox"/> その他 名称 ()			
平八、家族、関係元 等の追加対応予定									
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									

記入例

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）

※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 2022年1月12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 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	グループホーム〇〇〇						事業所番号	23000000			
	サービス種別	認知症対応型共同生活介護										
	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 一郎			年齢	80		性別:	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	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"/> 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 checked="" 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"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
4事故の概要	発生日時	西暦	2022	年	1	月	10	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助に対応中であった。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 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 血圧：160/100mmHg 脈拍：90 体温：36.8度 12：55 救急車を電話で呼ぶ。 13：05 救急車で搬送 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 整形外科				連絡先(電話番号)	0562-〇〇-〇〇〇〇				
	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	〇/〇退院予定											

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況	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、移動時は声かけをしてもらい、付き添いすることとしていた。									
	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	2022	年	1	月	10	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 自治体名 ()			<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 ()			<input type="checkbox"/> その他 名称 ()			
本人、家族、関係先等への追加対応予定	家族に転倒の状況を報告、謝罪を行い、救急車に搬送することを伝える。 整形外科受診後、家族に受診した結果骨折であったことを報告、入院が必要になることを説明し再度謝罪する。入院の了解を得る。										
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)										
	<ul style="list-style-type: none"> ・靴は、踵を踏まず履いていた。 ・テーブルから出ている椅子があった。 ・普段から物静かであり、移動時に声かけすることに慣れていなかった。 										
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)										
	<ul style="list-style-type: none"> ・食事中を含め、フロア内の椅子で使っていない椅子はテーブルにしまう。 ・環境整備を心掛け、転倒を引き起こす物が廻りにないことを常に確認する。 ・介護職員への声かけに慣れてもらうため、声かけの練習をする。 ・靴を履いた時は、きちんと履いていることを確認する。 ・退院後の状況によっては、座位でできる体操により脚力低下防止を図る。 ・常に利用者の状況を把握し、フロア内に利用者がある場合は職員による見守りを強化し、転倒防止に努める。 										
9 そ の 他 特 記 す べ き 事 項											

介護保険サービス事業者における事故発生時の報告の取扱い（標準例）

1 対象

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 報告を要する事故等

事業者は、次の①～④の場合、市町村へ報告をする（注1）。

報告事項区分		報告内容説明
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師（施設の勤務医、配置医（以下、「勤務医等」という。）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及び死亡事故については、原則として全て報告すること。 <u>※擦過傷や打撲など比較的軽易なケガは除く。</u> <u>※勤務医等がいる施設においては、「勤務医等がいらない場合に、外部受診させる程度か否か」で判断すること。</u> ・ 上記以外、ケガにより利用者とトラブルが発生することが予測される場合や利用者に見舞金や賠償金を支払った場合とする。 ・ 「サービスの提供による」とは、送迎・通院中も含むものとする。 ・ 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	食中毒及び感染症の発生	<ul style="list-style-type: none"> ・ MRSA、疥癬、インフルエンザ、結核、その他の感染症が発生した場合とする。 ・ 関連する法に定める届け出義務がある場合はこれに従うものとする。
③	職員（従業者）の法令違反・不祥事件等の発生	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の処遇に影響があるものとする。（例、利用者からの預り金の横領等）
④	その他、報告が必要と認められる事故の発生	<ul style="list-style-type: none"> ・ 例、利用者等の保有する財産を滅失させた。等

3 報告の方法

- (1) 事業者は、事故等が発生した場合、速やかに市町村へ報告（第一報）をする（注1）。当該報告は、市町村が指示する方法で行うこと。
- (2) 事業者は、その後の経過について、順次市町村へ報告をする。
- (3) 報告の様式は、別紙様式「事故報告書」を標準とする（注2）（注3）。

（注1）第一報の際は、別紙様式内の1から6までの項目について、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。また、事故処理の区切りがついたところで、別紙様式に整理をし、報告をすること。

（注2）2②から④までの場合は、適宜、「その他」や「詳細」欄を用いて、報告すること。

（注3）市町村で既に定められた様式がある場合は、それを用いても差し支えない。

4 報告先

事業者は、事故等が発生した場合、次の双方へ報告をする。

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）

（注）報告には個人情報も含まれるため、各市町村ではその取扱いに十分注意をすること。

5 報告を受けた市町村の対応

報告を受けた市町村においては、事故等に係る状況を把握するとともに、当該事業者の対応に応じて保険者としての必要な対応を行うものとする。

この場合、当該被保険者の属する市町村（上記4の①）が主たる対応を行うものとするが、事業所等への事実確認等において必要がある場合は、事業所の所在する市町村（上記4の②）と連携を図り対応をするものとする。

〔必要な対応例〕

① 事業所の事故等に対する対応の確認

→ 必要に応じ事業所の対応への助言を行う。

例えば、事故等への対応が終了していないか、又は、明らかに対応が不十分である場合は、トラブルを未然に防ぐ意味からも必要な指導を行う。

② 県、国保連合会への報告

→ 指定基準違反の恐れがある場合や後日トラブルが発生する可能性がある判断される場合等重要と思われる事故等について、県に報告をするとともに特別指導が必要な場合には県と連携をとり指導をする。

（※県は、市町村の受け付け総件数等について別途報告を求めることがあ

る。)

また、利用者等から苦情があった場合には、必要に応じ国保連の苦情処理機関と連携を図り対応する。

6 その他

この取り扱いは標準例であり、各市町村がすでに要領等を定めている場合は、その指示によること。

改正：令和3年12月17日