

介護保険事業者における事故発生時の報告取扱いについて

介護保険法に基づきサービスを提供している事業所は、各指定基準で事故発生時には市町村に報告しなければならないこととなっております。そのため、三戸町における事故発生時の報告取扱いについて次のとおりとなります。

1 対象

- ① 三戸町の被保険者に対して介護サービスを提供するもの
- ② 三戸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

2 報告の範囲

各事業者は、次の場合、関係市町村（三戸町及び被保険者の属する市町村）へ報告を行うこととする。

(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」とは、送迎・通院等を含む。

イ 「怪我」とは、転倒又は転落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、死亡事故等については、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のあるときは報告すること。

(2) 感染症、食中毒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）第6条1項に規定する感染症のうち、5類感染症以外のもの

とする。ただし、5類感染症であっても、インフルエンザ又は感染性胃腸炎は報告の対象とする。

イ 報告の基準は、次のいずれかに該当する場合とする。

(i) 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合

(ii) 同一の感染症若しくは食中毒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

(iii) (i)又は(ii)に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に管理者が報告を必要と認めた場合

ウ 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

(7) 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

3 報告の手順

報告の手順は、次のとおりとする。

(1) 事業者は、前条に定め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、三戸町に対して事故報告書により報告するものとする。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、電子メール等で提出すること。ただし、前条に定める死亡事故、感染症、食中毒又はその他重大事故の発生の場合は、事故発生後速やかに電話にて報告したうえで、事故報告書を提出するものとする。

(2) 事業者は、前号で定める第一報後において、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、作成次第報告するものとする。

4 報告先

三戸町健康推進課高齢者支援班

〒039-0198

三戸郡三戸町大字在府小路町43番地

電話 0179-20-1153 (直通)

FAX 0179-20-1105

メールアドレス kaigo@town.sannohe.lg.jp

注 報告には利用者の個人情報が含まれるため、取扱いについては十分注意すること。

◎受傷事故発生時の対応について

○損害賠償について

運営基準では、各事業所で万が一に備えて「損害賠償保険加入する」か「賠償資力を有する」ことが望ましいとされています。また、結果的に死亡に至った事故も発生した場合、賠償責任を問われる事態も考えられることから、万が一に備えての体制整備をお願いいたします。

一般的に利用者及びその家族は受傷時の医療費については「事業所に請求しにくい」という意識が働いていることも想定されることから、事故原因の分析や保険会社と相談し、利用者及び家族が不利益を被らないような配慮が必要です。

※運営基準においては、『利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行わなければならない。』と定められています。

○利用者及び家族への対応について

前述のような金銭的な面を含め、サービス提供を受けている利用者及びその家族は、残念ながら未だ「介護保険制度による契約を通じた対等な関係」となっているとは感じておらず、「今後のサービス提供の継続を念頭に我慢」している状況も散見されます。利用者及びその家族が一方向的に経済的・精神的に不利益を被らないよう、事故原因の分析を通して、利用者及びその家族と事業者がそれぞれ不信感を抱かないよう納得するまで話し合しましょう。

○再発防止について

受傷事故発生後は、事故防止検討委員会（特養・老健での呼称）等を早期に立ち上げ、「事故発生原因の究明、防止策の検討」を行い、事業に従事する全ての職員に周知し、共通理解を図ることにより「受傷事故0（ゼロ）の事業所づくり」を目指しましょう。

事故報告書（事業者→三戸町）

※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

担当者氏名	
連絡先	

<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

※第1報を電話で行った場合は、町対応職員名を記載すること：氏名（ ）

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"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 従業員の法令違反、不祥事等 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 火災、地震等災害被害 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 感染症、食中毒等 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 利用者の行方不明										
	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							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 (州、区市町村、保健所等) 名称 ()				
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定 (損害賠償等の状況 (損害賠償利用の有 無))	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
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												

※ 事故の種別が「感染症、食中毒等」の場合は、別紙「発症者氏名」を合わせて提出すること。

(別紙)									
発症者氏名等									
発症者数	利用者		名	(	うち、死亡者	名、	入院者	名)	
	職員		名	(	うち、死亡者	名、	入院者	名)	
	その他		名	(	うち、死亡者	名、	入院者	名)	

NO	氏名	性別		利用者・職員の別		年齢	入院・退院の別・症状、発症日等について	備考
1		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
2		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
3		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
4		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
5		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
6		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
7		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
8		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
9		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
10		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
11		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
12		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
13		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
14		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
15		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
16		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
17		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
18		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
19		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		
20		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 職員	歳		

※記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張するか、コピーしてください。