

介護保険施設等における事故等発生時の報告取扱い要領

(目的)

第1条 この要領は、「介護保険施設等における事故の報告様式等について」(令和3年3月19日厚生労働省通知)及び「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」(平成17年2月22日厚生労働省等通知)に基づき、介護保険施設等における事故及び感染症等(以下「事故等」という。)発生時の保険者への報告に関して必要な事項を定めるものとする。

(対象となる事業者及び介護保険サービス)

第2条 報告の対象となる事業者及び介護保険サービスは、次の各号に規定するものとする。

- (1) 明石市に所在する介護保険法に基づく指定事業者(以下「事業者」という。)が行う介護保険適用サービス(以下「介護サービス」という。)
- (2) 明石市以外に所在する事業者が行う介護サービスであって、明石市の介護保険被保険者が利用するもの

(報告の対象)

第3条 事業者は、次の各号に該当する場合、保険者へ報告を行うものとする。

- (1) 介護サービスの提供中(送迎、通院等の間の事故も含む)に利用者が死亡に至った事故
- (2) 介護サービスの提供中(送迎、通院等の間の事故も含む)に利用者がけが等を負った場合で、医師の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故
- (3) 職員(従業者)の法令違反・不祥事等の発生
- (4) その他、報告が必要と認められる事故の発生
- (5) 食中毒及び感染症(以下「感染症等」という。)が発生した場合で、以下に該当するもの
 - ①施設等で1週間内に10名以上の感染症等の症状を有する者が発生した場合
 - ②同一の感染症等による入院や死亡事例があった場合
 - ③施設等の全利用者の半数以上、感染症等の症状を有する者が発生した場合

(報告の方法及び内容)

第4条 前条の報告は、電子申請システム(Logoフォーム)により行うものとする。

2 報告の内容は、次の各号に規定するものとする。

- (1) 前条第1項第1号から第4号に係る報告は、別紙様式1「介護保険事業者事故報告書」の各項目に準じた内容
- (2) 前条第1項第5号に係る報告は、別紙様式2「介護保険事業者感染書等発生状況報告書」の各項目に準じた内容

(報告の期限)

第5条 事業者は、事故等の発生後速やかに(遅くとも5日以内を目安)保険者へ第一報の報告を行うものとする。

2 第一報以降、状況の変化等必要に応じて追加の報告を行うものとする。

(利用者への説明)

第6条 事業者は、事故等発生後、利用者やその家族に対し、次の各号に規定する内容の説明を行うものとする。

- (1) この要領に基づき事故等に関する情報を保険者に報告すること
- (2) 事故等に関する報告は、個人情報以外を事故等の事例として兵庫県に報告される場合があること
- (3) 情報公開請求が出された際に、個人情報以外の内容が公開されることがあること

(報告を受けた保険者等の対応)

第7条 報告を受けた保険者においては、事故等に係る状況を把握するとともに、当該事業者の対応状況に応じて保険者として必要な対応を行うものとする。

- 2 前項の規定は、当該被保険者の属する保険者が主たる対応を行うものとするが、事業者への事実確認等において必要がある場合は、事業所の所在地である保険者と連携を図る。

附 則 (令和6年3月25日制定)

この要領は、令和6年4月1日より施行する。

介護保険事業者 事故報告書（事業者→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

※第1報が最終報告である場合は、「第1報」と「最終報告」の両方にチェックを入れること

※1から6までの各選択肢については、該当する項目にチェックを入れ、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第__報	<input type="checkbox"/> 最終報告
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

事業所（施設）名

代表者名

事故が発生しましたので下記のとおり報告します。なお、対象者本人及び家族から情報開示の請求があった場合は開示することに同意します。

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	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 夜間対等型訪問看護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 療養通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問型サービス（総合事業） <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 通所型サービス（総合事業） <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント（総合事業） <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問看護介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ()										
	※介護予防サービスを含む											
	所在地							電話番号			記載者氏名	
3対象 者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			被保険者番号			
	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 事業対象者								
	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 <input type="checkbox"/> 不明									
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"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 医療処置関連（チューブ抜去等） <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 食中毒・感染症 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> やけど <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 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 総合支援センター <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ↓ 自治体名() 警察署名() センター名() 名称()									
	本人、家族、関係先等への追加対応予定										
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											

感染症等発生状況報告書(第〇報)

報告者氏名		連絡日	年 月 日
施設名 (事業所)		電話	
		メール	
サービス名		事業所番号	

発生日時	年 月 日 時
------	---------

主な症状	<input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状 <input type="checkbox"/> その他(
発症状況	年 月 日 時現在		
	入所者数 (利用者数)		
	発症者数		
	重傷者数		
	入院者数		
医療機関 受診状況	受診人数		医療機関名
	検査結果		
喫食状況	<input type="checkbox"/> 給食 → <input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外・関連施設		
	<input type="checkbox"/> 残食有		
	<input type="checkbox"/> 検食有		

その他

下記に該当する場合に報告してください。

- ① 施設(事業所)内で1週間内に10名以上、感染症等の症状を有する者が発生した場合
- ② 同一の感染症等により入院や死亡事例があった場合
- ③ 施設(事業所)の全利用者の半数以上、感染症等の症状を有する者が発生した場合