

船橋市介護保険事業者における事故発生時の報告の取扱い要領

<目的>

介護保険法に基づく、指定事業者に係る基準条例中、事故が発生した場合に速やかに市町村及び家族等に連絡を行うこととなっていることから、保険者としてその取扱いについて定めることにより、介護保険事業者の事業運営の適正化を図ることを目的とする。

1. 対象事業者及び対象サービス

介護保険法に規定する指定事業者が行う介護保険適用サービス（市町村特別給付含む）及び介護保険サービスと一体的に提供されるサービスとする。

2. 報告の範囲

指定事業者は、次の（１）～（５）に係る事由があるときは、保険者に対して報告を行うこととする。

（１）サービスの提供による、利用者のけが又は死亡事故の発生

- ①「サービスの提供による」とは送迎・通院等の間の事故も含む。また、通所サービス、入居サービス及び施設サービスにおいては、利用者が事業所内にいる間は、「サービスの提供中」に含まれるものとする。
- ②けがの程度については、外部の医療機関で受診を要したものを原則とする。
- ③事業者側の過失の有無は問わない（利用者の自己過失によるけがであっても、②に該当する場合は報告すること）。
- ④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（トラブルになる可能性が予見されるとき）は、保険者に報告すること。

（２）利用者の離脱（徘徊・行方不明）

速やかに周辺や心当たりがある場所を探し、それでも見つからずに警察への協力を求めたときには保険者に報告すること。

（３）食中毒、感染症及び結核の発生

- ①食中毒、感染症（「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」に定めるもののうち、原則として１・２・３類とする）及び結核について、サービス提供に関連して発生したと認められる場合は、保険者に報告すること。
- ②①に関わらず、保健所に報告した場合は、保険者にも報告すること。
- ③食中毒、感染症及び結核について、関連する法に定める届出義務がある場合は、これに従うこと。

（４）職員（従業者）の法令違反・不祥事等の発生

利用者の処遇に影響があるものについては、保険者に報告すること（例として、利用者からの預かり金の着服や横領、送迎時の交通事故（道路交通法）、利用者等の個人情報紛失や漏洩など）。

（５）災害、その他報告が必要と認められる事故等の発生

3. 報告の手順

(1) 第一報

事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に、指定事業者は事故報告書を作成し、郵送、FAX またはメールで提出する。

注) 次の場合は、事故後速やかに電話で報告し、事故処理の区切りがついてから、事故報告書を提出する。

- ・ 死亡事故
- ・ 感染症の発生
- ・ 職員の不祥事
- ・ その他の重大事故

例として、午後に事故等が発生し、処置等のために数時間を要し、終業時間が過ぎた場合には、翌朝早期に報告を行う、金曜日夜刻に事故等が発生した場合には、土日の間に FAX またはメールを入れておき、月曜早期に電話確認を行う等、社会通念上最大限の努力をすることが必要。

(2) 経過報告及び最終報告

指定事業者は、事故処理が長期化する場合、適宜途中経過の事故報告書を提出するとともに、当該事故処理がすべて完了した時点で最終の事故報告書を提出する。

ただし、第一報の時点で事故処理が完了している場合は、「1 事業所の概要」から「6 再発防止」までの内容を含めた事故報告書の提出をもって最終報告とすることができる。

4. 報告の様式

別紙様式「介護保険事業者事故報告書」を用いる。

ただし、各事業者において既に作成された様式があるときは、必要な項目の記載があれば、これを妨げないこととする。

5. 報告先

指定事業者は、被保険者が船橋市以外の保険者であるときは、当該保険者にも併せて報告することとする。なお、報告の際は、利用者の個人情報が含まれるため、その取扱いに十分注意すること。

6. 関係書類について

上記1～5について報告を行う際に、必要な帳票や文書等状況が判別できるものがあるときは、この報告に併せて添付することとする。

附 則

この要領は、平成13年12月1日より実施する。

附 則

この要領は、平成18年4月1日より実施する。

附 則

この要領は、平成26年2月1日より実施する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日より実施する。

附 則

この要領は、平成31年4月1日より実施する。

附 則

この要領は、令和2年4月1日より実施する。

附 則

この要領は、令和3年4月1日より実施する。

介護保険事業者事故報告書 (第報・最終報)

船橋市長 宛

年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|---|--|------------------|-------------|----------|-------|----------------|---------------|----|-------|---|---------|---|---|---|
| 1 事業所の概要 | 法人名称 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業所(施設)名称 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業所(施設)所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | 電話番号 | () | | | | | FAX番号 | () | | | | | | | | |
| | 記入者の職・氏名 | 職名 | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | |
| | サービス種類 (該当口にレチェック) | 居宅介護支援 | | | | 短期入所療養介護 | | | | 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | |
| | | 訪問介護 | | | | 特定施設入居者生活介護 | | | | 地域密着型特定施設 | | | | | | | |
| | | 訪問入浴介護 | | | | 福祉用具貸与 | | | | 地域密着型介護老人福祉施設 | | | | | | | |
| | | 訪問看護 | | | | 特定福祉用具販売 | | | | 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | |
| 訪問リハビリ | | | | | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | 介護老人福祉施設 | | | | | | | | |
| 居宅療養管理指導 | | | | | 夜間対応型訪問介護 | | | | 介護老人保健施設 | | | | | | | | |
| 通所介護 | | | | | 地域密着型通所介護 | | | | 介護医療院 | | | | | | | | |
| 通所リハビリ | | | | | 認知症対応型通所介護 | | | | 宿泊サービス(自費サービス) | | | | | | | | |
| 短期入所生活介護 | | | | | 小規模多機能型居宅介護 | | | | その他(総合事業等) | | | | | | | | |
| 2 利用者 | 保険者番号・保険者名 | | | | | | 保険者名 | | | | | | | | | | |
| | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名・年齢 | | | | | 才 | 被保険者生年月日 | | | | 年 | | 月 | | 日 | | |
| | 身体状況 | 要介護度 | 要介護 1・2・3・4・5 ・ 要支援 1・2 ・ 認定中 ・ 自立 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 認知症高齢者日常生活自立度 | I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M ・ 不明 | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | | | | | | 認定期間 | | | | 年 | | 月 | | 日 | | | |
| 3 事故の概要 | 事故発生の日時 | | | | | 年 | | 月 | | 日 | 時間 | 午前・午後 | | 時 | | 分 | 頃 |
| | 及び場所 | 場所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事故の種別 (該当にレチェック) | 利用者のけが | | | | 離 設 | | | | 職員の法令違反・不祥事 | | | | 災 害 | | | |
| | | 利用者の死亡 | | | | ※死亡年月日 | | | | | | | | 食中毒・感染症 | | | |
| | | その他() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故の内容 (経緯を具体的に記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 事故への対応 | 事業所の対応 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 治療した医療機関名等 | 名 称 | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | 受診日 | | | | 年 | | 月 | | 日 | |
| | 利用者の状況(病状・入院の有無等) | 診断名 | | | | | | 入院 | 有 ・ 無 | | | | | | | | |
| | | 病状・治療等 その他 特記事項 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 家族等への報告状況 | 報告日 | | | | | 年 | | 月 | | 日 | 午前・午後 | | 時 | | 分 | 頃 |
| | | 報告した相手の続柄・氏名 | 続 柄 | | | 氏 名 | | | | | | | | | | | |
| | | 家族等の反応 | ※説明に理解・納得されていますか。今後トラブルに発展する可能性がありますか。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 報告していない場合はその理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 損害賠償保険利用の有無(該当するものに○をつけてください) | 有 ・ 無 ・ 検討中 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特記事項があれば、記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-----------------------|---|----------------|
| 5 原因 分析 | 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、 環境要因の分析) | ※具体的に記入してください。 |
| 6 再 発 防 止 | 再発防止策 (手順変更、環境変更、そ の他の対応、再発防止策 の評価時期及び結果等) | ※具体的に記入してください。 |
| 7 そ の 他 | 特記すべき事項 | |

※ この様式による連絡であっても、必要事項の記載された事業所独自の連絡票であっても結構です。

※ 事故報告が必要な事故の範囲については「船橋市介護保険事業者における事故発生時の報告の取扱い要領」をご確認ください。