

# 大田市介護保険事業者における事故発生時の取扱いに関する要綱

平成17年10月1日

告示第58号

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号）で定める介護保険指定居宅サービス事業者、基準該当居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者、指定介護予防サービス事業者、基準該当介護予防サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、基準該当居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院及び指定介護療養型医療施設（以下「介護保険事業者」という。）が行う介護保険適用サービス（以下「サービス」という。）の提供中に発生した事故について、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）、介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生労働省令第5号）、指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第41号）、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）、指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）及び指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第37号）（以下「運営基準」という。）に定めるところにより、当該介護保険事業者が市長に事故報告（以下「報告」という。）を行う場合の手續等に関し、必要な事項を定めるものとする。

(介護保険事業者のとるべき措置)

第2条 介護保険事業者は、運営基準に基づき発生した事故の状況等を速やかに市長に報告するとともに、必要な措置を講じなければならない。

(報告の対象)

第3条 報告を行う対象となる事故は、介護保険事業者がサービス提供中（送迎を含む。）に発生した利用者又は入所者若しくは入院患者の事故とする。

(事故の範囲)

第4条 報告を行う事故の範囲は、介護保険事業者側の過失の有無にかかわらず、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 医療機関での受診を要する傷害事故又は死亡事故が発生した場合
- (2) 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（平成10年法律第114号）第6条第1項に規定するものをいう。）が発生又はそれらが疑われる事例が発生した場合で、次のいずれかに該当する場合
  - ア 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
  - イ 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
  - ウ ア及びイ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、特に施設長が報告を必要と認めた場合

(3) 前2号に掲げるもののほか、介護保険事業者が報告を必要と認める事故が発生した場合  
(報告)

第5条 介護保険事業者は、次に掲げる報告を市長に行うものとする。

- (1) 事故発生後は、速やかに介護保険事故報告書(様式第1号)により報告する。
- (2) 事故処理が長期化する場合、適宜途中報告の介護保険事故報告書を提出する。
- (3) 当該事故処理が完了した時点で最終の介護保険事故報告書を提出する。

(事故対策)

第6条 介護保険事業者は、発生した事故に適切に対処するため、次に掲げる措置を行うよう努めなければならない。

- (1) 事故発生時に適切な対応を行うための事故対応マニュアルの整備及び従事者への周知
- (2) 発生した事故に対する原因の解明及び再発防止対策
- (3) 前2号に掲げるもののほか、事故の発生を防止するための措置

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、報告の手續等に関し必要な事項は、市長が別に定める。

## 介護保険事故報告書 (事業者→大田市)

※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

<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

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									
発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃(24時間表記)	
4事故の概要	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	
	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								
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								
10 問い合わせ先	担当者氏名				連絡先 (電話番号)			