

事故報告について

事故報告の取扱いについて

【報告について】

介護事故（利用者の身体的被害、精神的被害及び財産的被害をいう）については、発生の原因、被害の大小及び過失の有無によらず報告を求めることとしているが、治療等を要しない軽微な事故等については、現に苦情・トラブルが発生しているもの等を除き、必ずしも報告を求めるものではないこととしている。但し、その場合であっても、事後、苦情・トラブルに発展する可能性のあるものについての報告までも制限するものではない。

【事故の定義】

事故については以下の二つに大別して考えるものとする。

1. 重大事故

（1）死亡、重篤状態

- ・事故発生原因の如何を問わない（利用者自身の転倒等による事故も含むものとする）。
- ・窒息による死亡事故を含む。
- ・送迎中の事故により第三者が死亡、重篤状態となった場合を含む。

※老衰による自然死、病死については報告を要しない。

（2）一定程度の後遺障害、一酸化炭素中毒

（3）利用者の行方不明

（4）火災

（5）自然災害による建物、施設の損壊

2. その他の事故

（1）医療上の治療を受けた場合

（2）物品破損、飲食物への毒物混入、窒息事故などにより、死亡等の発生の恐れがある場合

（3）第三者による建物損傷

（4）施設内での盗難

（5）訪問系サービスにおける利用者宅での物損事故等

（6）不審者の侵入等

※1－（1）、（2）、（4）のうち、消費（役務）安全性を欠くと判断される場合は、当市より消費者庁等に報告することとなる。

※2－（1）（うち治療期間30日以上を負傷・疾病に限る）及び（2）の事故のうち、消費（役務）安全性を欠くと判断される場合は、当市より消費者庁等に報告することとなる。

※上記を除くものについては、消費者庁等への報告は原則行わないが、その状況によっては社会に与える影響が極めて大きいものがあることが想定されることや、事故の再発防止はもとより、その原因によっては、現在提供されているサービス内容の大幅な見直し等の早急な措置や、他の類似サービス提供事業者への対策を求めるようなケースについては、報告することとする。

【報告書の書式】

別紙報告書を使用すること。報告書は米沢市ホームページからダウンロードできる。

【報告期日】

1. 重大事故・・・事故発生後速やかに高齢福祉課あてに連絡を入れるとともに、原則として事故発生当日に報告書を提出すること。但し、夜間・休日においては翌営業日とする。
2. その他の事故・・・いかなる場合であっても、事故発生後1週間以内に報告すること。

【報告対象サービス】

全ての介護保険サービス施設・事業所を報告対象とする。

なお、県所管事業所における事故については、本市に事故報告書を提出し、尚且、県にも報告書を提出することが義務付けられているが、県より提出の漏れや遅れが指摘されているので注意を要する。

【その他】

- ・ 報告書が提出された後、事故発生時の状況等について、当課より事業所に対し聞き取り及び関係書類の確認、発生場所での状況確認を行う場合もあること。
- ・ 報告された事故等について、当課より利用者本人及び家族等に対し、事故発生時の状況等を直接確認する場合もあること。
- ・ 報告書の提出は、各指定サービス等に係る基準条例で定める「事故発生時の対応」に従い求めるものであり、当課が事業所と利用者間の仲裁等を行うためのものではないこと。
- ・ 事業所の判断で「第1報」や「第2報」として提出された事故報告に関して、「最終報告」が提出されないケースが散見されることから、今後の取扱いに際し留意すること。
- ・ 提出した報告書について、被保険者から情報開示請求があった場合には、審査のうえ必要とされる事項を開示することとなるため留意すること。

事故報告書（事業者→〇〇市（町村））

※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

<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				
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 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 自治体名（ ） 警察署名（ ） 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											

報 告 書 の 記 入 上 の 注 意

NO.	項 目	記 入 内 容
1	事故状況	事故状況の程度は、該当する項目にチェックを入れ、死亡に至った場合は、死亡年月日を記入欄に書く。
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、所在地をそれぞれの欄に記入する。
3	対象者	氏名・年齢・性別、サービス提供開始日、住所、身体状況を記入する。
4	事故の概要	発生日時、発生場所、事故の種別、発生時状況・事故内容の詳細、その他特記すべき事項を記入する。
5	事故発生時の対応	発生時の対応、受診方法、受診先の医療機関名・連絡先（電話番号）、診断名、診断内容、検査、処置等の概要を記入する。
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、報告年月日）、連絡した関係機関（連絡した場合のみ）、本人・家族・関係先等への追加対応予定を記入する。 <u>第2報、最終報告等の記入をする際には、「利用者の状況」に通院状況等の経過を追記する。</u>
7	事故の原因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）	事故が起きた原因をできるだけ具体的に記入する。その際、本人要因、職員要因、環境要因の観点から分析する。
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）	事故の再発防止策について、考えられたことをできるだけ具体的に記入する。例えば、手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期、
9	その他 特記すべき事項	上記以外のことで、記入すべきと判断した事項について記入する。