資料６

【６】事故報告について

事業者は、介護保険サービスの提供等により事故等が発生した場合は、速やかに保険者である市及び利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる必要があります。

また、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス提供により事故が発生した場合についても、市に報告を行う必要があります。

運営推進会議等の場で保険者が把握する場合がありますので、事故発生時の報告について、徹底をお願いします。

１．報告の対象となるもの

（１）サービス提供中の事故
（２）利用者が介護保険サービス事業所内に所在中の事故
（３）送迎中の事故
（４）通院付添い中の事故

２．報告すべき事故の範囲

（１）利用者の死亡
（２）利用者の怪我等

怪我等とは、介護サービスの提供等により発生した骨折、火傷、創傷、誤嚥、異食、誤与薬等のうち、入院又は医療機関での治療を要するものをいいます。（ただし、軽微な治療で済むため、管理者が報告の必要はないと認めたものは除きます。）

（３）利用者の保有する財物の損壊、滅失
（４）従業員の法令違反により利用者の処遇に影響を及ぼすもの
（５）利用者の感染症又は食中毒

感染症については、１類～４類感染症（例：結核、腸管出血性大腸菌感染症（Ｏ１５７）、レジオネラ症、ＳＡＲＳ等）が発生した場合は、発症者数が１名であっても報告してください。

５類感染症（例：**新型コロナ**、インフルエンザ、感染症胃腸炎）又は食中毒が発生した場合は、次の場合に報告を行うものとします。

①死亡者又は重篤な患者が１週間以内に２名以上発生した場合
②同一の感染症又は食中毒による患者等が延べ１０名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

（６）その他、管理者が報告を必要と判断したもの

３．事業者が報告すべき事項

事故（感染症又は食中毒以外）の場合	感染症又は食中毒の場合
①提出年月日 ②事故状況 ③事業所の概要 ・法人名 ・事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地 ④対象者 ・氏名、性別、年齢、住所、保険者 ・サービス提供開始日 ・要介護度区分、認知症高齢者日常生活自立度 ⑤事故の概要 ・事故が発生した日時及び時間及び場所 ・事故の種別 ・発生時の状況、内容の詳細 ⑥事故発生時の対応 ・発生時の対応 ・受診方法、受診先、診断名、診断内容、検査・処置等の概要 ⑦事故発生後の状況 ・利用者の状況 ・家族等への報告、連絡した関係機関等 ⑧事故の原因分析 ⑨再発防止策 ⑩報告者の職名及び氏名等	①提出年月日 ②事業所の概要 ・法人名 ・事業所名、事業所番号、サービス種別、所在地 ③発生状況について ・疾患名 ・報告理由 ・発生日時 ・診断した医療機関名及び受診日時 ・発症者数等 ・保健所への報告の有無 ④終息時の状況について ・新たな患者が最後に出現した日 ・発症者の実数 ・当該感染症等による死亡者の有無 ・事故の原因分析 ・再発防止策 ⑤報告者の職名及び氏名等

４．報告先

・保険者
・施設所在地市町村
・指定権者（必要に応じて）

５．報告方法

（１）様式について

①報告は、別紙１「事故報告書」を使用してください。また、感染症又は食中毒が発生した場合は、別紙２「事故報告書（感染症・食中毒用）」を使用してください。ただし、既に事業者において必要項目が網羅された様式を作成している場合は、当該様式を使用して差し支えありません。

②事故の発生を知った日から１０日以内に報告してください。ただし、一回の報告により完結しない場合は、以下とおりとします。

・第一報として、事故の発生を知った日から１０日以内に記入可能な項目について①に定めるところにより報告する。

・第一報で報告できなかった項目について、報告が可能となったときには、第二報として遅滞なく①に定めるところにより報告する。

・事故処理が長期化する場合は、適宜、途中経過を報告するとともに、事故処理が完了した時点で最終報告を行う。

③緊急性が高いものについては、南丹市に対し速やかに電話により報告するとともに、その後に事故報告書を提出してください。

④感染症又は食中毒が発生したときは、原則として、発生時及び終息時（保健所から終息したと認められたとき）の２回、報告を行い、必要に応じて途中経過を報告することとします。また、関連法に届出義務が定められている場合は、これに従ってください。

⑤①による報告については、原則、持参、ファクシミリ又は郵送によるものとします。

事故報告書　（事業者→南丹市）

資料６　別紙１

※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10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

□ 第1報　□ 第＿＿報　□ 最終報告

提出日：西暦　年　月　日

1事故状況	事故状況の程度	□ 受診(外来･往診)、自施設で応急処置			□ 入院			□ 死亡			□ 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：	□ 男性	□ 女性				
	被保険者番号						保険者								
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日							
	住所	□ 事業所所在地と同じ			□ その他（　　）										
	身体状況	要介護度	□ 要支援1	□ 要支援2	□ 要介護1	□ 要介護2	□ 要介護3	□ 要介護4	□ 要介護5	□ 自立					
		認知症高齢者 日常生活自立度	□ Ⅰ	□ Ⅱa	□ Ⅱb	□ Ⅲa	□ Ⅲb	□ Ⅳ	□ 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	□ 居室（個室）	□ 居室（多床室）	□ トイレ	□ 廊下										
		□ 食堂等共用部	□ 浴室・脱衣室	□ 機能訓練室	□ 施設敷地内の建物外										
		□ 敷地外	□ その他（　　）												
	事故の種別	□ 転倒	□ 異食	□ 不明											
		□ 転落	□ 誤薬、与薬もれ等	□ その他（　　）											
		□ 誤嚥・窒息	□ 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	□ 施設内の医師(配置医含む)が対応	□ 受診 (外来･往診)	□ 救急搬送	□ 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	□ 切傷・擦過傷	□ 打撲・捻挫・脱臼	□ 骨折(部位：　　)											
		□ その他（　　）													
	検査、処置等の概要														

<table>
<tr><td rowspan="5">6
事故発生後の状況</td><td>利用者の状況</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">家族等への報告</td><td>報告した家族等の続柄</td><td colspan="7">□ 配偶者　　□ 子、子の配偶者　　□ その他（　　）</td></tr>
<tr><td>報告年月日</td><td>西暦</td><td></td><td>年</td><td></td><td>月</td><td></td><td>日</td><td></td></tr>
<tr><td>連絡した関係機関
(連絡した場合のみ)</td><td colspan="8">□ 他の自治体　　□ 警察　　□ その他
自治体名（　　）　　警察署名（　　）　　名称（　　）</td></tr>
<tr><td>本人、家族、関係先等への追加対応予定</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="2">7 事故の原因分析
（本人要因、職員要因、環境要因の分析）</td><td colspan="8">（できるだけ具体的に記載すること）</td></tr>
<tr><td colspan="2">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）</td><td colspan="8">（できるだけ具体的に記載すること）</td></tr>
<tr><td colspan="2">9 その他
特記すべき事項</td><td colspan="8"></td></tr>
</table>

報告者	事業所（施設）名	
	職・氏名	
	電話番号	

事故報告書（感染症・食中毒用）　（事業者→南丹市）

資料６　別紙２

※第１報は、1及び2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10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

□ 第1報　　□ 第＿＿＿報　　□ 最終報告

提出日：西暦　　年　　月　　日

1 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										
2 発生状況	疾患名	□ 感染症（疾患名　　）			□ 疥癬		□ 食中毒				
	報告理由	□ 1類～4類感染症等（診断した医師が保健所へ直ちに届出）の発生									
		□ その他感染症又は疥癬	□ ア　死亡者又は重篤な患者が1週間以内に2名以上発生								
			□ イ　患者が10名以上又は全利用者の半数以上発生								
		□ 食中毒	□ ア　食中毒の発生が施設又は事業所での調理等に起因　（　確定　・　未確定　）								
			□ イ　ア以外で死亡者又は重篤な患者が1週間以内に2名以上発生								
			□ ウ　ア以外で患者が10名以上又は全利用者の半数以上発生								
	発生日時（最初の発症）	西暦		年		月		日		時		分頃（24時間表記）
	診断した医療機関										
	受診日時（最初の診断）	西暦		年		月		日			
	発症者等 （　月　日現在）	入所者等	発症		報告時有症		うち入院	（　）		うち重篤		死亡	
		通所者	発症		報告時有症		うち入院	（　）		うち重篤		死亡	
		従業員	発症		報告時有症		うち入院	（　）		うち重篤		死亡	
		その他	発症		報告時有症		うち入院	（　）		うち重篤		死亡	
	「発症」は報告時の発生者数累計、**「有症」**は報告時の有症者数、**「入院」**は報告時の入院者数と（ ）に入院者数累計、**「重篤」**は報告時の重篤者数、**「死亡」**は報告時の死亡者数を記入	（特記事項）										
	保健所への報告	□ 有		報告日		月		日	□ 無			必要に応じて保健所に報告し、指示・指導を受けてください。

3 終息時の状況	新たな患者が最後に出現した日	西暦		年		月		日		日前	
	発症者数（実数）	入所者等		人中		人		（うち入院者		人	
		通所者		人中		人		（うち入院者		人	
		従業員		人中		人		（うち入院者		人	
		その他		人中		人		（うち入院者		人	
		※「人中」は対象となる利用者又は職員等の総数（実人数）を記入 食中毒については、入所系は発生したユニット等の発生日の人数（外食等は参加者数）、通所系は発生日の人数を記入									
	当該感染症等による死亡者の有無	□ 有　□ 無		**「有」**の場合は以下にもに記入							
		種別（該当するものに「○」）				氏名（匿名可）		性別	生年月日	保険者	要介護度
		入所者　通所者　職員　その他									
		入所者　通所者　職員　その他									
		入所者　通所者　職員　その他									
		入所者　通所者　職員　その他									
	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）									
	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）									
	その他 特記すべき事項										

報告者	事業所（施設）名	
	職・氏名	
	電話番号	