

高原町介護保険事故報告事務取扱規則

(趣旨)

第1条 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に基づく指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定地域密着型サービス事業者（指定地域密着型通所介護事業所等の営業時間外に、その設備を利用し、当該指定地域密着型通所介護事業所等の利用者に対し、排せつ、食事等の必要な介護などの日常生活上の世話について、夜間及び深夜に指定地域密着型通所介護等以外のサービス（以下「宿泊サービス」という。）の提供中の事故を含む。）、地域密着型介護予防サービス事業者、指定介護予防支援事業者及び介護保険施設（以下「事業者」という。）が高原町（以下「町」という。）の介護保険被保険者への介護サービスの提供中に事故等が発生した場合の事務手続きについて定めるものとする。

(事業者のとるべき措置)

第2条 事業者は、法に基づいて定められた運営に関する基準に基づき、発生した事故の状況等を速やかに介護保険事業者事故等報告書（別記様式。以下「事故報告書」という。）により町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 報告の対象は、次に掲げる区分により発生した事故であり、事故が発生した事業所の所在地が高原町である場合又は事故に関係する介護サービスの利用者（以下「利用者等」という。）が高原町の被保険者である場合とする。

- (1) 居宅サービス又は介護予防サービス 利用者等がサービス提供事業所内にいる間又はサービス提供中（送迎時間中を含む。）に発生した事故
- (2) 施設サービス 利用者等がサービス提供施設内にいる間又はサービス提供中（送迎時間中を含む。）に発生した事故
- (3) 地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービス 利用者等がサービス提供施設内にいる間又はサービス提供中（送迎時間中を含む。）に発生した事故
- (4) 居宅介護支援又は介護予防支援 利用者等が居宅介護支援又は介護予防支援を受けている間に発生した事故
- (5) 総合事業訪問介護又は総合事業通所介護の利用者等がサービス提供事業所内にいる間又はサービスの提供中（送迎時間中を含む。）に発生した事故
- (6) 死亡に至った事故
- (7) 医師（施設の勤務医、配置医を含む。）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

(事故の範囲)

第4条 報告を行う事故の範囲は、事業者側の過失の有無を問わず、次の各号のいずれかに該当するものをいう。

- (1) 骨折、捻挫、脱臼、熱傷等の他、縫合が必要な外傷もしくはそれ以上重篤な事故また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2項、第3項及び第4項に規定するものをいう。）または結核が発生した場合。

- (3) 職員（従事者）及びサービス従業者の法令違反その他不祥事を原因として事故が発生した場合
- (4) 利用者等が傷病等により死亡した場合であって、死亡の原因に疑義がある場合又は問題となる可能性がある場合
- (5) 事業者と利用者等又は利用者等の家族関係者との間で、問題が生ずる可能性がある事故が発生した場合
- (6) 前各号に掲げるもののほか、報告が必要と認められる事故が発生した場合
(報告)

第5条 事業所は、事故処理の進捗状況に応じ、事故報告書により次の各号に掲げる報告を行うものとする。

- (1) 事故発生時の報告 事業所は、第1報を少なくとも別記様式内の1から6の項目までについて可能な限り記載し、事故発生後、遅くとも5日以内に提出すること。
- (2) 途中経過 状況の変化等必要に応じて追加の報告を行い、事故の原因分析や再発防止策等については、作成次第報告すること。
- (3) 最終報告 問題が解決し事態が終結した場合、その結果及び事故の再発防止策を事故報告書にて提出すること。

(町の措置)

第6条 町長は前条の報告を受けたときは、その状況を把握するとともに、当該事故の発生した事業者の対応状況に応じて保険者として次の各号に掲げる必要な措置を行うものとする。

- (1) 事業者が行った事故処理並びに利用者等及びその家族に対する連絡及び説明に関する指導。
- (2) 発生した事故が、宮崎県又は宮崎県国民健康保険団体連合会において対処することが必要と判断した場合は、宮崎県又は宮崎県国民健康保険団体連合会等への通告、報告及び連絡調整。

(事故対策)

第7条 事業者は、発生した事故に適切に対処するために、次の各号に掲げる措置を行うよう努めなければならない。

- (1) 事故発生時に適切に対応を行うための事故対応マニュアルの整備、職員（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

附 則

この規則は、平成28年7月7日から施行する。

附 則

この規則は、令和6年4月1日から施行する。

(別紙)

町受付

事故報告書 (事業者→高原町)

※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
※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: 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		I	II a	II b	III a	III b	IV	M		
4事 故 の 概 要	発生日時	西暦		年		月		日	時 分 秒 (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"/> その他 ()		
		<input type="checkbox"/> 転落		<input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等		<input type="checkbox"/> その他 ()		<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 ()		
		<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> その他 ()						
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"/> 他自治体		<input type="checkbox"/> 警察		<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他		
	自治体名 ()	警察署名 ()		名称 ()		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)									
	(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)									
	(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										