

森町介護サービス事業者における事故報告ガイドライン

◎ 介護保険被保険者等に係る事故報告について

介護サービス提供中に事故が発生した場合は以下の事項を遵守し、事故の再発防止と適切な対応が介護保険事業者には求められている。

(1) サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに森町、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。(居宅サービス)

施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに印西市、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。(施設サービス)

※通所サービス等の送迎・施設入所者の通院中も含まれるものとする。

(2) 事故の状況及び事故に際してとった処置について記録しなければならない。

(3) 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

1. 報告対象となる事故等

○下記の事故については、原則として全て報告すること。

①死亡に至った事故

②医師の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故

○その他の事故等について、森町が必要と判断した場合は報告すること。

○その他、事業所で別に定めるものがあるときは、定めにより報告すること。

2. 報告の様式

○別紙様式「事故報告書(事業者→森町)」を用いること。

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、それを用いても差し支えないが、その場合でも別紙様式の項目を含めること。

3. 報告期限

○第1報は、少なくとも別紙様式内の1から6の項目までについて可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること。

○その後、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。

4. 対象サービス

○森町内に所在する全ての介護サービス事業所を対象とする。

○別紙様式は介護保険施設における事故が発生した場合の報告を対象としたものであるが、居住サービスや居宅サービスにおける事故報告についても可能な限り活用すること。

5. 報告先

○森町への報告先は下記のとおりとする。

なお、報告の際は、利用者の個人情報が含まれるため、その取扱いには十分注意することとする。

報告先：〒049-2393 北海道茅部郡森町字御幸町1 4 4 番地1

森町役場保健福祉課介護保険係

TEL：01374-7-1085

Email：hokenfukushi@town.hokkaido-mori.lg.jp

(別紙様式)

事故報告書 (事業者→森町)

※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：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(多居室) <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 | | | |
| 本人、家族、関係先等 への追加対応予定 | 自治体名 () | | 警察署名 () | | 名称 () | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |