

介護事業所等における事故報告に係る情報提供について

1 報告の目的

県内の介護事業所等におけるサービス提供時の事故発生時の対応について、指導・監督等を行う立場である県への報告の取扱を定め、再発防止及び利用者が安心して指定介護サービスの提供を受けられる処遇向上を図ることを目的とする。

2 報告を求める対象施設及び報告先

① 介護事業所（特定施設入居者生活介護の指定を受けた事業所を含む）

⇒ 市町

② 養護老人ホーム ⇒ 市町

③ 軽費老人ホーム及び有料老人ホーム ⇒ 県又は中核市

※ 雲仙市の有料老人ホームについては、長崎県の事務処理の特例に関する条例に基づき雲仙市へ報告する。

3 報告の範囲

① サービス提供中の入居者の死亡又は負傷等

「サービス提供中」には、入居者の送迎又は通院等の時間を含む。

「死亡」には、病状悪化等による死亡を除く。

「負傷等」には、医療機関を受診した場合を原則とするが、軽微な場合は除く。事業所側の過失の有無は問わない。

② 食中毒及び感染症の発生

食中毒及び感染症の発生、又はそれが疑われる状況が生じたとき。

③ 法令違反・不祥事

職員による業務に関連した犯罪行為、入居者が当事者となった犯罪行為。

④ 人権侵害・虐待

事業所内で発生した人権侵害、職員の入居者に対する虐待行為。

⑤ 交通事故

サービス提供中に発生した物損事故・人身事故。

⑥ 誤薬

他の入居者の薬を与薬した場合、与薬の用法や用量を誤った場合及び与薬を忘れた場合等で健康被害があった場合に限る。

⑦ 災害

火災等による物的・人的被害が発生した場合。自然災害を除く。

⑧ その他、報告が必要と認められる事故

生命、身体に重大な結果を生じるおそれがある事案が発生しているとき。

4 報告の方法

報告様式は、別添様式を使用すること。

特に事情がある場合は、他の様式を使用することは差し支えない。

なお、緊急を要する場合、電話により報告し、書面による報告は、その後速やかに行うこととする。

注) 有料老人ホームについて、長寿社会課ホームページ（高齢者施設・介護事業所等に関する情報→有料老人ホーム情報→諸様式→有料老人ホーム事故報告書様式）に様式を掲載している。

5 報告の時期

市町へ報告のあった情報は、毎月10日まで、前月分について、県へ報告を行うこととする。ただし、緊急を要する場合は、直ちに電話により県へ報告し、その後速やかにFAXで報告すること。

なお、中核市については、「市町」を「中核市」と、「毎月10日まで、前月分について、県へ報告を行う」を「中核市において保管する」と読み替えること。

<緊急を要する場合>

- ① 施設内で発生した死亡事故（警察の介入の如何を問わない）
 - ・心肺停止状態で発見された場合も含む
- ② サービス提供中に発生した人身事故（負傷の程度は問わない）
- ③ 利用者等の生命、身体に重大な結果が生じる恐れのある事案
 - ・施設利用者の行方不明も含む
- ④ 警察の介入に至る事案

<報告先>

長崎県福祉保健部長寿社会課施設・介護サービス班

TEL 095-895-2436

FAX 095-895-2576

6 参考（通所介護の場合）

- ① 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

第104条の2

指定通所介護事業者は、利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者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。

- ② 長崎県指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例

第111条の2

指定通所介護事業者は、利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じるとともに、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行わなければならない。

事故報告書 (事業者→大村市)

※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、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 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									