

## 那覇市介護保険事業者における事故報告取扱要領

### 1 目的

この要領は、居宅サービス事業者、居宅介護支援事業者、施設サービス事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者及び介護予防支援事業者（以下「事業者」という。）が実施する介護保険サービスの提供により発生した事故を把握するとともに、事業者による事故の速やかな対応と事故防止への取組みを支援・促進することにより、介護サービスの質の向上と安心して利用できるサービス提供体制の確立を目指すことを目的として定める。

### 2 対象

介護保険指定事業者及び基準該当サービス事業者(以下「各事業者」という。)が行う介護保険サービスとする。

### 3 報告の範囲

各事業者は次に該当する場合は、那覇市に報告を行うこととする。

#### (1) サービスの提供による利用者のケガ又は死亡事故その他重大な人身事故が発生した場合

ア 「サービスの提供による」とは送迎及び通院等の間の事故を含む。また、在宅の通所、入所サービス及び施設サービスにおいては、利用者が事業所内にいる間は、「サービスの提供中」に含まれるものとする。

イ ケガの程度については、医療機関で受診を要したものとする。

ウ 事業者側の過失の有無は問わない。

エ 利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性のあるとき(トラブルになる可能性があるとき)は、報告すること。

#### (2) 職員(従業者)の法令違反・不祥事等の発生

利用者の処遇に影響があるもの(例：利用者からの預かり金の横領、個人情報の紛失など)については、報告すること。

#### (3) 感染症及び食中毒の発生

各事業者は、次のア、イ又はウの場合は、迅速に、感染症又は食中毒が疑われる者等の人数、症状、対応状況等を報告するとともに、併せて管轄する保健所に報告し、指示を求めるなどの措置を講ずること。具体的には「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について（平成17年2月22日健発第0222002号、薬食発第0222001号、雇児発第0222001号、社援発0222002号、老発第0222001号）」に準じ対応すること。

ア 同一の感染症もしくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間内に2名以上発生した場合

イ 同一の感染症もしくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全

利用者の半数以上発生した場合  
ウ ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に報告が必要と認められる場合

(4) その他、報告が必要と認められる事故の発生

#### 4 報告の書式

別添「介護保険事業者 事故報告書」を標準様式とする。

#### 5 報告の期限

(1) 第一報は、概ね5日以内を目安に別添様式内1～6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報告先へ報告するものとする。但し、感染症などが発生した場合は直ちに報告すること。

なお、緊急で報告が必要な場合は電話にて報告可能とする。

(2) 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。

#### 6 報告先

各事業者は、3で定める事故が発生した場合は、那覇市ちゃーがんじゅう課へ報告すること。なお、各事業者は、被保険者が那覇市以外の市町村に属している場合、当該市町村にも併せて報告すること。

**※報告には利用者の個人情報が含まれるため、その取扱いに十分注意すること。**

〒900-8585

那覇市泉崎1丁目1番1号 那覇市役所 福祉部 ちゃーがんじゅう課

電話：098-862-9010（直通）

給付G：内線（2418） 事故報告担当

#### 7 報告に対する那覇市の対応

事業所・施設の事故に対する対応（一連の処理）の確認  
事故にかかる状況を把握するとともに、当該事業者の対応状況に応じて必要な対応（事実確認、指導監督等）を行う。

付 則

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

付 則

この要領は、平成29年11月15日から施行する。

付 則

この要領は、令和3年5月17日から施行する。

# 介護保険事業者 事故報告書

※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		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		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	(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"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息		<input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )												
	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・挫傷・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																		