

みなかみ町介護保険事業者における事故発生時の報告取扱い要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、みなかみ町指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成25年みなかみ町条例第3号）第40条、みなかみ町指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成25年みなかみ町条例第4号）第37条、みなかみ町指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例（平成30年みなかみ町条例第12号）第30条及びみなかみ町指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成27年みなかみ町条例第25号）第28条の規定に基づき、介護保険指定事業者又は介護サービス事業者（以下「事業者」という。）が、利用者又は入所者（以下「利用者等」という。）に対して行う介護サービスの提供に際し、事故（不法行為、虐待等を含む。以下同じ。）が発生した場合において、みなかみ町長へ報告すべき事項及び報告手順等に関し必要な事項を定めるものとする。

(報告の対象となる事故)

第2条 報告の対象となる事故は、事業者が利用者等に対する介護サービスの提供に際し発生した事故とし、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とする。ただし、法律等により報告又は届出義務が定められているものについては、この限りでない。

- (1) 利用者等の負傷又は死亡事故その他重大な人身事故（送迎、通院等の間の交通事故を含む。）が発生したとき。
- (2) 利用者等の食中毒又は感染症（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1項に定める感染症のうち、5類感染症を除く。）が発生したとき又は疑われる状況が発生したとき。
- (3) 利用者等が失踪したとき又は外部へ利用者等の捜索協力を求めたとき。
- (4) 職員等（勤務する職員又は従事者をいう。）の法令違反、虐待、不祥事等が発生したとき。
- (5) 利用者等が病気で死亡した場合、死因その他当該病気に係る疑義により家族から説明を求められたとき。
- (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とき。

(報告の手順)

第3条 事業者は、前条に掲げる事故が発生したときは、次の手順により町長に報告するものとする。

- (1) 事故発生後、第一報として電話にて報告する。
- (2) 事故発生日から起算して5日以内に事故報告書(様式第1号。以下「報告書」という。)に必要事項を記載し提出する。
- (3) 事故の処理の区切りがついた時点で続報として前2号に規定する報告をした後に判明した事故の具体的な状況、発生後の経過、再発防止に向けての対策等を記載した報告書を提出する。
- (4) 前号に規定する報告をした後に当該事故に起因した利用者等の状況が変化した場合は、適宜報告する。
- (5) 利用者等の介護保険が他の市町村に属している場合は、当該市町村長に対して報告する。

(町の対応)

第4条 町長は、報告を受けた事故の状況を把握するとともに当該事故の発生した事業者に対して必要な対応を行うものとする。

- 2 町長は、他の市町村の介護保険指定事業者又は介護サービス事業者において事故が発生した場合、当該利用者等が町の介護保険に属しているときは、当該介護保険指定事業者又は介護サービス事業者に報告を求めるものとする。

(その他)

第5条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、令和5年1月1日から施行する。

様式第1号(第4条関係)

事故報告書

みなかみ町長 様

事業者 事業所又は施設名

報告者氏名

連絡先

※第一報は、1から6までの事項について可能な限り記載し、事故発生日から5日以内に提出すること。
 ※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"/> 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"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃(24時間表記)	
4 事 故 の 概 要	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								
	5 事 故 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()						
5 事 故 発 生 時 の 対 応	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 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									