

事故報告の取り扱いについて

(趣旨)

- 1 この規程は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第40条の介護給付及び法第52条の予防給付の提供にあたり、法において義務付けられている市町村への事故報告の取り扱いについて定めるほか、法第115条の45に規定する地域支援事業又は在宅福祉事業として富士宮市からの委託を受け対象者に提供しているサービス（以下「在宅サービス等」という。）において発生した事故報告の取り扱いについて定める。

(対象者)

- 2 事故報告に係る被保険者は、法第9条に定める本市の被保険者とする。

(事故の範囲)

- 3 介護給付、予防給付及び在宅サービス等を提供する事業者（以下「事業者」という。）が富士宮市に報告すべき事故は、事故発生後、次のいずれかに該当する対応をした事故とする。

(1) 死亡事故

(2) 事故発生後、医療機関等の受診を要したもの（介護保険施設の医師の診察を含む。）

(3) 施設からの離脱、行方不明

(4) 前各号に掲げる場合のほか、市長が必要と認めるもの

(報告の方法)

- 4 事業者が行う事故報告は、別紙事故報告書及び経過及び対応報告書によることとする。
ただし、令和3年3月29日付け静岡県健康福祉部福祉長寿局福祉指導課長通知による様式又は事業者において事故報告様式の事項を満たす様式を定めている場合は、当該様式によることとして差し支えない。

なお、報告にあたっては、必要に応じ介護記録その他サービス提供の状況を示す資料を添付することとする。

- 5 報告の期限は、原則として事故の発生した日から5日以内とする。ただし、事故の状況が把握できない等やむを得ない理由により期限内の書面での報告が困難なときは、5日以内に口頭で報告し、その後すみやかに書面により報告するものとする。

また、利用者の事故後の状況が不安定なときなど本市が必要と認めるときは、その指示に従い適宜追加報告を行うこととする。

(静岡県への報告)

- 6 本市は、平成16年2月12日付け静岡県健康福祉部介護サービス室長通知により、介護保険事業者から報告を受けた事故について集計し静岡県に報告する。

(その他)

- 7 その他必要な事項については、介護保険を担当する課長が定める。

附 則（平成16年6月18日課長決裁）

この取り扱いは、平成16年7月1日から施行する。

附 則（平成20年7月12日課長決裁）

この取り扱いは、課長決裁の日から施行する。

附 則（平成 25 年 1 月 16 日課長決裁）

この取り扱いは、課長決裁の日から施行する。

附 則（平成 25 年 2 月 25 日課長決裁）

この取り扱いは、課長決裁の日から施行する。

附 則（平成 30 年 4 月 1 日課長決裁）

この取り扱いは、課長決裁の日から施行する。

附 則（令和 3 年 3 月 11 日課長決裁）

この取り扱いは、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（令和 3 年 3 月 31 日課長決裁）

この取り扱いは、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

事故報告書 (事業者→富士宮市)

(事故報告様式)

※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	
	被保険者番号	番号										
	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"/>							
	認知症高齢者 日常生活自立度		<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 (注：時系列に沿って記載してください。)											
	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 (死亡の場合は死亡原因)											
	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
	家族の反応								
	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									