**介護サービスにおける**

**事故報告事務取扱の手引き**

**令和４年４月１日現在**

**諏訪広域連合介護保険課**

介護サービスにおける事故報告事務取扱の概要

第1　事故報告の提出の範囲について

(1)　**死亡事故（誤嚥・転落等）は、発生後速やかに電話等によりご報告下さい。**

なお、病気死亡の場合については、利用者の家族等から苦情のある場合には報告対象となります。その他、疑義が無くとも各事業所において報告の必要があると判断した場合もご報告下さい。

(2)　負傷事故（受診事故）は、受診により異常なしと診断された場合も含め、医師の保険診療を要した受診すべてが報告対象となります（常駐医による診察も、常駐医による処置を行った場合には報告対象）。

(3)　感染症・食中毒等は、事業所内で感染した場合以外にも感染症にかかりながらも施設を利用し、その後感染症と判明した場合も含みます。

また、「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」に定める1・2・3類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症に加えて、レジオネラ症及び疥癬の発生が認められた場合については、発症者は利用者・職員を問わず報告対象となります。

(4)　利用者が無届けで外出（離設）し、警察、消防等に捜索の協力依頼をした場合はご報告下さい。

なお、職員等による捜索で直ちに発見された場合についても、各事業所において報告の必要があると判断した場合はご報告ください。

(5)　**職員の不祥事及び法令違反等、緊急若しくは重大事故の発生時（又は発生が疑われる場合）は、発生後速やかに電話等によりご報告下さい。**

(6)　その他、事故有無に関係なく家族より苦情がある場合、広域連合へ報告をしておくべきと判断した場合には速やかにご報告下さい。

(7)　前各号に掲げるもののほか、内容から提出が必要と認めた場合には報告を命じることがあります。

第2　報告様式について

(1)　全ての報告において、**第1報を事故発生日から7日以内**に、**第2報を事故発生日から1ヶ月以内**（1ヶ月経過時点において事故が完結していない場合は、記入日時点の被保険者について、怪我の治りの程度、完治に要するまでの概ねの日数、家族等との連絡状況などを記入）にご提出ください。

第1報は事故発生内容及び対応等、第2報は経過報告、再発防止及び改善策を記載します。

また短期間に完結した場合の書式（様式3）にて報告する事故は、**対応期間が事故発生日から7日以内で完結した場合のみ**です（ここでいう完結とは、対応がすべて完了した日のことです）。

※例として様式3については、打撲等で病院受診するも特に異状なく（又は処置完了し）、再度の病院受診の必要がない場合などが対象となります。なお、**再度の病院受診や処置等を要する事故（骨折等）は短期間に完結した事故に含みません。**

(2)　 第2報及び様式3の提出時には、以下の資料（任意様式）を添付してください。

ア　事故発生場所が特定できる図面

イ　事故当日の職員勤務割表

ウ　事故対象者の介護記録の写し

(3)　死亡事故、職員の不祥事・法令違反等、緊急若しくは重大事故が発生した場合は、対応に急を要することから、**事故発生後速やかに電話等の手段により報告**し、その後、第1報、第2報により報告すること。

(4)　提出先は、事業所が所在する市町村の介護保険担当課（区域外事業所にあっては広域連合）となります。

(5)　各様式等は広域連合ホームページに掲載しております。

第3　事故防止等について

提出された事故報告は、広域連合でとりまとめのうえ、事故防止に資するための資料として事業所へ提供します。事業所におかれましては、資料を活用し事故防止に努めてください。

第4　その他

(1)　事故報告は、発生した事故の責任の所在を明らかにすることを目的としたものではありません。事故発生時の状況、事業所の対応、完結までの経過を簡潔に分かりやすく記載してください。

※詳細な会話内容とその受け答えなどは不要です。また、バイタル測定結果なども、数値自体ではなくそこから判断した内容の記載をお願いします。

(2)　上記に関連し、対応した職員の氏名を様式に記載することはお控えください。事業所としての対応を報告するものであり、対応した職員の責を問うものではありません。

(3)　他保険者の被保険者に係る事故、区域外に所在する事業所であって広域連合の被保険者に係る事故についても広域連合へ報告が必要です。なお、他保険者への報告については、相手方の介護保険担当課と調整のうえ適切に対応してください。

第5　お問い合わせ

この件についてご不明な点等ありましたら、諏訪広域連合介護保険課までお問合せください。

事故報告事務取扱の概要（フローチャート）

**（注：詳細は事故報告取扱要領を参照すること）**

**事故発生**　　　　　報告すべき事故の範囲

①サービス提供中に、利用者が事故死亡又は負傷（医師の保険診療）した場合

②食中毒の発生が認められた場合

③感染症等の発生が認められた場合

④利用者が無届けで外出し、警察、消防等に捜索の協力を依頼した場合

⑤その他の事故により、利用者の家族等から苦情が出ている場合、並びに介護保険の事業運営から保険者に報告する必要があると認められる場合

⑥前各号に掲げるもののほか、広域連合長が特に必要と認める場合

短期間で完結した場合（発生後７日以内）

事業者

作成・提出

介護サービス等の提供に係る事故報告書（短期間で完結した場合）（様式３）

添付　①事故発生場所が特定できる図面

②事故当日の職員勤務割表

③事故対象者の介護記録の写し

④経過記録等（必要に応じ）

⑤その他関係資料

所在市町村担当課

（回付）

広域連合介護保険課

重大事故等が発生した場合

事業者

発生後速やかに電話等により報告

広域連合介護保険課

第１報

事業者

作成・提出

介護サービス等の提供に係る

事故報告書・第１報（様式１）

所在市町村担当課

（回付）

広域連合介護保険課

**７日以内**

第２報

事業者

作成・提出

介護サービス等の提供に係る事故報告書・第２報（様式２）

添付　①事故発生場所が特定できる図面

②事故当日の職員勤務割表

③事故対象者の介護記録の写し

④経過記録等（必要に応じ）

⑤その他関係資料

所在市町村担当課

（回付）

広域連合介護保険課

**１ヶ月以内**

１ヶ月以内に完結しない場合

広域連合介護保険課

必要に応じて資料の提出を求める

事業者

**年度末（必要に応じ）**　　広域連合では事故報告を取りまとめる

諏訪広域連合介護サービスにおける事故報告事務取扱要領

（目的）

第1条　諏訪広域連合（以下「広域連合」という。）では、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、介護予防支援事業者、施設サービス事業者、第1号訪問介護事業者及び第1号通所介護事業者、（以下「事業者」という。）が広域連合の区域内において実施する介護保険サービスの提供により発生した事故及び広域連合が保険者である利用者に係る区域外の事業者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（以下「介護事故」という。）を把握するとともに、事業者による介護事故への速やかな対応と介護事故防止への取り組みを支援、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サービス利用が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、広域連合への事故報告の手続きについて定めるものとする。

（事故の報告）

第2条　事業者は、介護事故が発生した場合は、介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（平成24年長野県条例第51号）、介護保険法に基づく指定介護予防サービス等の事業の従業者、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準に関する条例（平成24年長野県条例第52号）、介護保険法に基づく指定介護老人福祉施設の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（平成24年長野県条例第53号）、旧介護保険法に基づく指定介護療養型医療施設の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（平成24年長野県条例第54号）、介護老人保健施設の従業者、施設及び設備並びに運営の基準に関する条例（平成24年長野県条例第55号）、介護保険法に基づく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係る基準に関する条例（平成25年諏訪広域連合条例第3号）、介護保険法に基づく指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に係る基準に関する条例（平成25年諏訪広域連合条例第4号）、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例（平成27年諏訪広域連合条例第1号）、介護予防訪問介護相当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要綱（平成29年諏訪広域連合告示第10号）、介護予防通所介護相当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要綱（平成29年諏訪広域連合告示第11号）、訪問型サービスAの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成29年諏訪広域連合告示第12号）、通所型サービスAの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成29年諏訪広域連合告示第13号）、介護保険法に基づく指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準に関する条例（平成30年諏訪広域連合条例第1号）の規定（以下「運営基準」という。）に基づき、広域連合に速やかに報告するものとする。

（報告の範囲）

第3条　事業者が広域連合に報告する介護事故は、次の各号に掲げる場合とする。

なお、報告対象とする介護事故は、過失の有無を問うものではない。

(1)　サービス提供中に、利用者が死亡又は負傷した場合

ア　「サービス提供中」とは、送迎中も含め、サービスを提供している時間帯を通して全て含まれるものとする。短期入所サービス、特定施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護、その他の介護保険施設サービスにおいては、入所から退所までとする。

イ　「死亡」とは、事故死亡をさし、病気死亡は報告対象外とする。ただし、病死でも死因等に疑義が生じ、利用者の家族等から苦情が出ている場合は、全て報告対象とする

ウ　「負傷」とは、医師の保険診療を要したもの（異状なしと診断されたものを含む。）を報告対象とする。ただし、医師の保険診療を要しなくとも、負傷により利用者の家族等から苦情が出ている場合は、全て報告対象とする。

(2)　食中毒の発生が認められた場合

(3)　次に上げる感染症等の発生が認められた場合

ア　「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」に定める1・2・3類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症に加えて、レジオネラ症及び疥癬の発生が認められた場合（発症者は利用者・職員を問わない）

イ　同一の感染症による又は同一の感染症若しくは食中毒によると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合

ウ　同一の感染症の患者又は同一の感染症若しくは食中毒（「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」に定める感染症の病原体によるもの。）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

エ　イ及びウ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、特に事業者が報告を必要と認めた場合

(4)　利用者が無届けで外出し、警察、消防等に捜索の協力を依頼した場合

(5)　その他の事故により、利用者の家族等から苦情が出ている場合、並びに介護保険の事業運営から保険者に報告する必要があると認められる場合

(6)　前各号に掲げるもののほか、広域連合長が特に必要と認める場合

（報告の期限）

第4条　事業者は、介護事故が発生したときは、次に掲げる期間内に広域連合へ報告する。

(1)　事業者は、第1報として、介護サービス等の提供に係る事故報告書・第1報（様式1）を介護事故発生後7日以内に広域連合に提出するものとする。ただし、死亡事故、虐待及び職員の不祥事・法令違反等、緊急若しくは重大事故の発生（又は発生が疑われる場合）にあっては、事故発生後速やかに電話等の手段により報告すること。

なお、事故発生後7日以内に事故が完結した場合は、介護サービス等の提供に係る事故報告書（短期間で完結した場合）（様式3）により、事故発生場所が特定できる図面、事故当日の職員勤務割表、事故対象者の介護記録の写しを添えて広域連合に提出するものとする。

(2)　事業者は、第2報として、経過報告及び再発防止への対応・改善策を記載した介護サービス等の提供に係る事故報告書・第2報（様式2）を、介護事故発生後1ヶ月以内に広域連合に提出するものとする。

ただし、1ヶ月を経過しても事故が完結していない時は記入日現在の進捗状況等も記載する。

(3)　事業者は、第2報時に、事故発生場所が特定できる図面、事故当日の職員勤務割表、事故対象者の介護記録の写しを添付するとともに、必要に応じて広域連合から求められた資料を提出するものとする。

(4)　広域連合は、第2報時に事故が完結していない場合は、その後においても必要に応じて資料の提出を求めることができるものとする。

（報告書の提出先）

第5条　介護サービス等の提供に係る事故報告書は、当該事業者の所在する市町村（以下、所在市町村という。）介護保険担当課に提出し、市町村は広域連合介護保険課に回付する。

　　なお、保険者が広域連合以外である利用者に係る介護事故については、所在市町村に加えて当該利用者の保険者へも報告する。

（事故防止等）

第6条　広域連合は、事故報告を取りまとめ、事故防止等に資するものとする。

（補則）

第7条　この要領で定めるもののほか事故報告に関して必要な事項は、広域連合長が別に定める。

附　則

この要領は、平成16年10月1日から実施する。

附　則

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

附　則

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

附　則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

介護サービス等の提供に係る事故報告書・第１報

令和　　年　　月　　日

諏訪広域連合　広域連合長　様

指定事業者　番号

所在地

名称

サービス種類

管理者の職・氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 番号 | | | |  | | | | | 生年月日・年齢 | | 年　　月　　日（　　歳） | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | 要介護度 | | 事／支１・２／介１・２・３・４・５ | | |
| 住所 | | | | 〒  電話 | | | | | | | | | |
| 家族等の連絡先 | 氏名 | | | |  | | | | | 被保険者との関係 | | |  | |
| 住所 | | | | 〒  電話 | | | | | | | | | |
| 事故発生  日時等 | 日時 | | | | 令和　　年　　月　　日（　　）　　午前・午後　　　時　　分頃 | | | | | | | | | |
| 場所 | | | |  | | | | | | | | | |
| 事故の  種別 |  | 骨折  打撲・捻挫・脱臼  切傷・裂傷・擦過傷 | | | | | | | 異食・誤嚥  その他の外傷  感染症・食中毒等 | | 死亡  職員の法令違反・不祥事  その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
|  | | | （種別が複数の場合は、最も症状の重いもの） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 死亡に至った場合はその年月日　　令和　　年　　月　　日　　時　　分 | | | | | | | | |
| 事故の  概要 | （発生時の具体的概要） | | | | | | | | | | | | | |
| 事故発生  時の対応 | 対処の時間・内容 | | | | | | | （利用者へ行った処置、救急車の要請、管理者や医師への報告等） | | | | | | |
| 治療した医療機関 | | | | | | | （医療機関名、住所、電話、担当医師名等） | | | | | | |
| 治療の概要 | | | | | | | （病状、入院・手術の有無等） | | | | | | |
| 家族への連絡等 | | | | | | | （連絡日時、連絡内容、家族の対応等） | | | | | | |
| 連絡済の関係機関 | | | | | | | （連絡した機関、連絡日時等） | | | | | | |
| 事故発生  後の経過 | （この報告までの間） | | | | | | | | | | | | | |
| 報告書作成者 | | | 職・氏名 | | | |  | | | | | 電話 | |  |

1　事故発生後**7日以内**に事業所の所在市町村介護保険担当課へ提出してください（市町村から広域連合に回付されます。）

なお、保険者が広域連合以外の利用者に係る事故については、所在市町村に加えて当該利用者の保険者へも報告すること。

2　様式2「介護サービス等の提供に係る事故報告書・第2報」については、詳細な経過及び再発防止への対応、改善策等を記載し、必要資料を添付して**1ヶ月以内**に提出してください。

介護サービス等の提供に係る事故報告書・第２報

令和　　年　　月　　日

諏訪広域連合　広域連合長　様

指定事業者　番号

所在地

名称

サービス種類

管理者の職・氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 番号 | |  | | | | 生年月日・年齢 | | | 年　　月　　日（　　歳） | |
| 氏名 | |  | | | | 要介護度 | | | 事／支１・２／介１・２・３・４・５ | |
| 住所 | | 〒  電話 | | | | | | | | |
| 事故発生 | 日時 | | 令和　　年　　月　　日（　　）　　午前・午後　　　時　　分頃 | | | | | | | | |
| 事故後の  対応 | 利用者の状況 | | | | （病状、入院・手術の有無、術後の経過等） | | | | | | |
| 関係者への説明等  必要に応じ、詳細は経過記録等に記載して提出してください | | | | 報告・説明先 | | | | 報告・説明日時 | | |
| 管理者 | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 医師 | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 居宅介護支援事業者 | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 本人への説明 | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 家族への説明 | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 警察への通報 | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 保険会社への連絡 | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
|  | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 第１報の報告日 | | | | 月　　日 | | |
| 家族への説明等 | | | | （説明日時、内容、家族の対応等の概要） | | | | | | |
| 損害賠償等の状況 | | | | 保険加入の有無 | | | □有　　□無 | | | |
| 賠償の有無 | | | □有（□完結　□継続　□交渉無）　　□無 | | | |
| 内容 |  | | | | | |
| 再発防止に向けて  の対応 | 事故原因・分析 | | | |  | | | | | | |
| 今後の予防改善策 | | | |  | | | | | | |
| 職場の長の意見 | | | |  | | | | | | |
| 備考（今後の見込） | | | |  | | | | | | |
| 報告書作成者 | | 職・氏名 | |  | | | | | | 電話 |  |

1　記入欄が不足するときは必要に応じて別紙に記載し、事故発生場所が特定できる図面、事故当日の職員勤務割表、事故対象者の介護記録の写し及び広域連合から求められた資料を添付してください。

2　事故発生から**1ヶ月以内**に事業所の所在市町村介護保険担当課へ提出してください（市町村から広域連合に回付されます。）

なお、保険者が広域連合以外の利用者に係る事故については、所在市町村に加えて当該利用者の保険者へも報告する。

3　この報告書提出時に事故が完結していない場合は、「備考（今後の見込）」欄に現在の進捗状況及び事故完結見込み等も合せて記載してください。

介護サービス等の提供に係る事故報告書（短期間で完結した場合）

令和　　年　　月　　日

諏訪広域連合　広域連合長　様

指定事業者　番号

所在地

名称

サービス種類

管理者の職・氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 番号 | | | |  | | | | 生年月日・年齢 | | | 年　　月　　日（　　歳） | | |
| 氏名 | | | |  | | | | 要介護度 | | | 事／支１・２／介１・２・３・４・５ | | |
| 住所 | | | | 〒  電話 | | | | | | | | | |
| 家族等の連絡先 | 氏名 | | | |  | | | | 被保険者との関係 | | | |  | |
| 住所 | | | | 〒  電話 | | | | | | | | | |
| 事故発生  日時等 | 日時 | | | | 令和　　年　　月　　日（　　）　　午前・午後　　　時　　分頃 | | | | | | | | | |
| 場所 | | | |  | | | | | | | | | |
| 事故の  種別 |  | 受診（異状なし）  打撲・捻挫・脱臼  切傷・裂傷・擦過傷 | | | | | | 異食・誤嚥  その他の外傷  感染症・食中毒等 | | | 離設（公的機関に捜索依頼したもの）  その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
|  | | | （種別が複数の場合は、最も症状の重いもの） | | | | | | | | | | |
| 事故の  概要 | （発生時の具体的概要） | | | | | | | | | | | | | |
| 事故発生  時の対応 | 対処の時間・内容 | | | | | | （利用者へ行った処置、救急車の要請、管理者や医師への報告等） | | | | | | | |
| 治療した医療機関 | | | | | | （医療機関名、住所、電話、担当医師名等） | | | | | | | |
| 治療の概要 | | | | | |  | | | | | | | |
| 家族への連絡等 | | | | | | （連絡日時、連絡内容、家族の対応等） | | | | | | | |
| 連絡済の関係機関 | | | | | | （連絡した機関、連絡日時等） | | | | | | | |
| 事故発生  後の経過 | （事故完結までの経過、利用者の状況等） | | | | | | | | | | | | | |
| 事故後の  対応 | 家族への説明等 | | | | | | （説明日時、内容、家族の対応等の概要） | | | | | | | |
| 損害賠償等の状況 | | | | | | 保険加入の有無 | | | 有　　無 | | | | |
| 賠償の有無 | | | 有（完結　交渉無）　　無 | | | | |
| 内容 |  | | | | | | |
| 再発防止に向けて  の対応 | 事故原因・分析 | | | | | |  | | | | | | | |
| 今後の予防改善策 | | | | | |  | | | | | | | |
| 職場の長の意見 | | | | | |  | | | | | | | |
| 備　考 | | | | | |  | | | | | | | |
| 報告書作成者 | | | 職・氏名 | | |  | | | | | | 電話 | |  |

1　記入欄が不足するときは必要に応じて別紙に記載し、必要資料（事故発生場所が特定できる図面、事故当日の職員勤務割表、事故対象者の介護記録の写し）を添付してください。

2　本様式は、事故発生後**7日以内に完結**（ここでいう完結とは、事業者の判断をもって、当事者間で話し合いをして解決した場合であり、具体的にはこの事故連絡票表面下段の「賠償の有無」欄において、有の場合で「完結」又は「無」となった日をいう。）した場合のみに使用し、必要資料を添付して事業所の所在市町村介護保険担当課へ提出してください。（提出先の市町村から広域連合に回付されます。）

なお、保険者が広域連合以外の利用者に係る事故については、所在市町村に加えて当該利用者の保険者へも報告する。

事故後の対応の経過・状況記録

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | 番号 |  |
| 氏名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日　　時 | 経過・状況 | 対応者 |
| 年　月　日  時　　分 |  |  |
| 年　月　日  時　　分 |  |  |
| 年　月　日  時　　分 |  |  |
| 年　月　日  時　　分 |  |  |
| 年　月　日  時　　分 |  |  |
| 年　月　日  時　　分 |  |  |
| 年　月　日  時　　分 |  |  |
| 年　月　日  時　　分 |  |  |
| 年　月　日  時　　分 |  |  |
| 年　月　日  時　　分 |  |  |
| 年　月　日  時　　分 |  |  |

介護サービス等の提供に係る事故報告書・第１報

***記入例***

令和３年４月８日

諏訪広域連合　広域連合長　様

指定事業者　番号　　３７３７３７００００

所在地　　茅野市塚原二丁目６番１号

名称　　○○特別養護老人ホーム

サービス種類　　地域密着型介護老人福祉施設

管理者の職・氏名　　施設長　岡谷　太郎

四角形をクリックすると黒塗りになります

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 番号 | | | | ０１２３４５６７８９ | | | | | 生年月日・年齢 | | 昭和２年３月４日（９３歳） | | |
| 氏名 | | | | 原　一郎 | | | | | 要介護度 | | 事／支１・２／介１・２・３・４・５ | | |
| 住所 | | | | 〒399-0123  事：事業対象者  富士見町富士見○○番地　　　　　　　　　　　　　　電話　６２－１２３４ | | | | | | | | | |
| 家族等の連絡先 | 氏名 | | | | 原　三郎 | | | | | 被保険者との関係 | | | 長男 | |
| 住所 | | | | 〒392-4321  どちらかに丸  諏訪市諏訪○丁目２番３号　　　　　　　　　　　　　電話　５２－１２３４ | | | | | | | | | |
| 事故発生  日時等 | 日時 | | | | 令和３年４月１日（木）　　午前・午後　　３時３０分頃 | | | | | | | | | |
| 場所 | | | | 居室  これらの重大事故の発生時は、電話等による事前報告が必要 | | | | | | | | | |
| 事故の  種別 |  | 骨折  打撲・捻挫・脱臼  切傷・裂傷・擦過傷 | | | | | | | 異食・誤嚥  その他の外傷  感染症・食中毒等 | | 死亡  職員の法令違反・不祥事  その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
|  | | | （種別が複数の場合は、最も症状の重いもの） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 死亡に至った場合はその年月日　　令和　　年　　月　　日　　時　　分 | | | | | | | | |
| 事故の  概要 | （発生時の具体的概要）  居室より本人の叫び声が聞こえたため訪室すると、ベッド右側にて転倒している本人を発見した。状態を確認すると、右大腿部に腫脹、熱感、内出血が見られる。また、受傷部位を動かすと痛みの訴え強く、自力での立位も困難なため看護職員へ連絡。看護職員の所見から骨折が疑われるため、管理者、医師へ報告し緊急受診となる。 | | | | | | | | | | | | | |
| 事故発生  時の対応 | 対処の時間・内容 | | | | | | | （利用者へ行った処置、救急車の要請、管理者や医師への報告等）  事故発生後、看護職員により受傷部位の確認、バイタル測定を実施。右大腿部に腫脹、熱感、内出血あり、バイタルにも異状見られ、受傷部位を動かすと強い痛みの訴えあり立位取れなかった。本人の状況から骨折が疑われるため管理者、医師へ報告。  発見時の状況と本人の状態について報告し、骨折の疑い高いため、医師の指示により救急車要請し緊急受診となる。 | | | | | | |
| 治療した医療機関 | | | | | | | （医療機関名、住所、電話、担当医師名等）  下諏訪病院（下諏訪町○○番地）  電話：0266-27-1234　担当医：広域　太郎医師 | | | | | | |
| 治療の概要 | | | | | | | （病状、入院・手術の有無等）  レントゲン・CTによる検査の実施。  検査の結果、右大腿骨頸部骨折の診断により同日入院となり、4/5手術施行となる。 | | | | | | |
| 家族への連絡等 | | | | | | | （連絡日時、連絡内容、家族の対応等）  16：30頃　身元引受人（長男）に事故発生について連絡。これより緊急受診となる旨を説明し、病院への付添を依頼したところ了承される。 | | | | | | |
| 連絡済の関係機関 | | | | | | | （連絡した機関、連絡日時等） | | | | | | |
| 事故発生  後の経過 | （この報告までの間）  4/2長男が来所され、事故発生時の状況及び今後の対応について施設長よりあらためて説明した。施設の責を問う言葉等は聞かれず、施設側の過失による事故ではないことを了承していただく。  4/5手術施行され入院継続となるも、術後経過に異状ないためリハビリ開始。退院後は当施設へと戻る予定。 | | | | | | | | | | | | | |
| 報告書作成者 | | | 職・氏名 | | | | 施設長　岡谷　太郎 | | | | | 電話 | | ５７－２９０４ |

１　事故発生後**７日以内**に事業所の所在市町村介護保険担当課へ提出してください。（市町村から広域連合に回付されます。）

保険者が広域連合以外の利用者に係る事故については、施設所在市町村だけでなく当該利用者の保険者へも併せて報告する。

２　様式２「介護サービス等の提供に係る事故報告書・第２報」については、詳細な経過及び再発防止への対応、改善策等を記載し、必要資料を添付して１ヶ月以内に提出してください。

介護サービス等の提供に係る事故報告書・第２報

***記入例***

令和３年４月３０日

諏訪広域連合　広域連合長　様

指定事業者　番号　　３７３７３７００００

所在地　　茅野市塚原二丁目６番１号

名称　　○○特別養護老人ホーム

サービス種類　　地域密着型介護老人福祉施設

管理者の職・氏名　　施設長　岡谷　太郎

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 番号 | | ０１２３４５６７８９ | | | | 生年月日・年齢 | | | 昭和２年３月４日（９３歳） | |
| 氏名 | | 原　一郎 | | | | 要介護度 | | | 事／支１・２／介１・２・３・４・５ | |
| 住所 | | 〒399-0123  富士見町富士見○○番地　　　　　　　　　　　　　　電話　６２－１２３４ | | | | | | | | |
| 事故発生 | 日時 | | 令和３年４月１日（木）　　午前・午後　　３時３０分頃 | | | | | | | | |
| 事故後の  対応 | 利用者の状況 | | | | （病状、入院・手術の有無、術後の経過等）  4/1　右大腿骨頸部骨折の診断により入院  4/5　手術施行  術後経過は良好であるが、リハビリのため現在も入院継続している。後2ヶ月程度入院の見込であり、退院後は当施設へと戻る予定。 | | | | | | |
| 関係者への説明等  必要に応じ、詳細は経過記録等に記載して提出してください | | | | 報告・説明先 | | | | 報告・説明日時 | | |
| 管理者 | | | | ４月　１日　１６：００頃 | | |
| 医師 | | | | ４月　１日　１６：００頃 | | |
| 居宅介護支援事業者 | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 本人への説明 | | | | ４月　１日　１７：００頃 | | |
| 家族への説明 | | | | ４月　１日　１６：３０頃  必要に応じて、報告先等を追加してください。 | | |
| 警察への通報 | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 保険会社への連絡 | | | | ４月　２日　１１：００頃 | | |
|  | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 第１報の報告日 | | | | ４月　８日 | | |
| 家族への説明等 | | | | （説明日時、内容、家族の対応等の概要）  4/1　16：30頃　身元引受人（長男）に事故発生について連絡。これより緊急受診となる旨を説明し、病院への付添を依頼したところ了承される。病院にて長男と合流し、事故の概要から受診までの経過について説明した。  4/2　10：00頃　長男が来所されたため、事故発生時の状況及び今後の対応について施設長よりあらためて説明した。施設の責を問う言葉等は聞かれず、施設側の過失はないことで了承していただいたが、法人の規定により、治療費用については施設で負担することとなった。また、長男より退院後の行き先について確認されたため、当施設にて受入れる旨を回答した。 | | | | | | |
| 損害賠償等の状況 | | | | 保険加入の有無 | | | 有　　無 | | | |
| 賠償の有無 | | | 有（完結　継続　交渉無）　　無 | | | |
| 内容 | 法人の規定により、治療費用については施設で負担することとなった。 | | | | | |
| 再発防止に向けて  の対応 | 事故原因・分析 | | | | 日常的に、歩行時や立ち上がりの際にふらつき等あり、転倒リスクがある方。  ベッドまで移動している際に体制を崩す等して転倒したものと考えられる。  居室内の床、動線には移動時の障害物は設置されていない。 | | | | | | |
| 今後の予防改善策 | | | | 事故防止マニュアルの内容を再周知し、全職員が事故の予防に努めるよう徹底。  月例の職場会議の中で、施設内の高リスク箇所、予測される危険について随時検討し、考えられるリスクは可能な限り事前に取り除く。 | | | | | | |
| 職場の長の意見 | | | | 予防改善策の実施を徹底することで再発防止に努めていく。  また、ヒヤリハットの段階から事故につながる要因を分析・共有するなどして、できるだけ事故のリスクを低減していく。 | | | | | | |
| 備考（今後の見込） | | | | 入院、治療が継続する見込みのため、損害保険会社と調整し、今回の事故による治療費用は法人で負担していく。なお、退院後は当施設にて受入れする予定。 | | | | | | |
| 報告書作成者 | | 職・氏名 | | 施設長　岡谷　太郎 | | | | | | 電話 | ５７－２９０４ |

１　記入欄が不足するときは必要に応じて別紙に記載し、事故発生場所が特定できる図面、事故当日の職員勤務割表、事故対象者の介護記録の写し及び広域連合から求められた資料を添付してください。

２　事故発生から**１ヶ月以内**に事業所の所在市町村介護保険担当課へ提出してください。（市町村から広域連合に回付されます。）

保険者が広域連合以外の利用者に係る事故については、施設所在市町村だけでなく当該利用者の保険者へも併せて報告する。

３　この報告書提出時に事故が完結していない場合は、「備考（今後の見込）」欄に現在の進捗状況及び事故完結見込み等も合せて記載してください。

介護サービス等の提供に係る事故報告書（短期間で完結した場合）

***記入例***

令和３年４月８日

諏訪広域連合　広域連合長　様

指定事業者　番号　　３７３７３７００００

所在地　　茅野市塚原二丁目６番１号

名称　　○○デイサービスセンター

サービス種類　　地域密着型通所介護

管理者の職・氏名　　施設長　岡谷　太郎

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 番号 | | | | ０１２３４５６７８９ | | | | 生年月日・年齢 | | | 昭和２年３月４日（９３歳） | | |
| 氏名 | | | | 原　一郎 | | | | 要介護度 | | | 事／支１・２／介１・２・３・４・５ | | |
| 住所 | | | | 〒399-0123  富士見町富士見○○番地　　　　　　　　　　　　　　電話　６２－１２３４ | | | | | | | | | |
| 家族等の連絡先 | 氏名 | | | | 原　三郎 | | | | 被保険者との関係 | | | | 長男 | |
| 住所 | | | | 〒392-4321  諏訪市諏訪○丁目２番３号　　　　　　　　　　　　　電話　５２－１２３４ | | | | | | | | | |
| 事故発生  日時等 | 日時 | | | | 令和３年４月１日（木）　　午前・午後　　３時３０分頃 | | | | | | | | | |
| 場所 | | | | 機能訓練室 | | | | | | | | | |
| 事故の  種別 |  | 受診（異状なし）  打撲・捻挫・脱臼  切傷・裂傷・擦過傷 | | | | | | 異食・誤嚥  その他の外傷  感染症・食中毒等 | | | 離設（公的機関に捜索依頼したもの）  その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
|  | | | （種別が複数の場合は、最も症状の重いもの） | | | | | | | | | | |
| 事故の  概要 | （発生時の具体的概要）  トイレへ行こうと機能訓練室内を歩行していた際にバランスを崩し転倒する。介護職員が本人の元へ駆け付け確認すると、転倒時に棚に頭部を打撲したとのことで、左側頭部に切傷、腫脹、出血あり。看護職員による応急処置後、頭部打撲しており出血も継続しているため病院受診。 | | | | | | | | | | | | | |
| 事故発生  時の対応 | 対処の時間・内容 | | | | | | （利用者へ行った処置、救急車の要請、管理者や医師への報告等）  受傷部の確認後、看護職員による応急処置・バイタル測定を実施。バイタル等に異状ないが、頭部打撲しており出血止まらないため施設長へ報告し病院受診した。 | | | | | | | |
| 治療した医療機関 | | | | | | （医療機関名、住所、電話、担当医師名等）  下諏訪病院（下諏訪町○○番地）  電話：0266-27-1234　担当医：広域　太郎医師 | | | | | | | |
| 治療の概要 | | | | | | （病状、入院・手術の有無等）  レントゲン・CTによる検査実施するも、骨折や脳内出血等の異状ないため、受傷部を処置され受診終了となる。 | | | | | | | |
| 家族への連絡等 | | | | | | （連絡日時、連絡内容、家族の対応等）  16：00頃　身元引受人（長男）に事故発生について連絡。  バイタルに異状等見られないが、頭部打撲しており出血あるため病院受診する旨を説明。病院への付添を依頼するも、家族が対応できないとのことで施設にて受診対応する。 | | | | | | | |
| 連絡済の関係機関 | | | | | | （連絡した機関、連絡日時等）  16：00頃　○○居宅介護支援事業所（担当ケアマネジャー） | | | | | | | |
| 事故発生  後の経過 | （事故完結までの経過、利用者の状況等）  病院受診後、サービス提供時間過ぎていたためそのまま自宅へとお送りする。自宅にて家族へ経過を説明し、事故の発生について謝罪する。  翌日のサービス利用時に確認すると、受傷部からの出血も治まっており、痛みや異状等もなく普段と変わりなく過ごされている。その後数日間のサービス利用は経過観察にて見守り対応を行った。 | | | | | | | | | | | | | |
| 事故後の  対応 | 家族への説明等 | | | | | | （説明日時、内容、家族の対応等の概要）  16：00頃　身元引受人（長男）に事故発生について連絡。バイタルに異状等見られないが、頭部打撲しており出血あるため病院受診する旨を説明し、病院への付添を依頼するも、家族が対応できないため施設にて受診対応する。  18：00頃　本人をご自宅へお送りした際、家族へ事故発生時の状況について詳細を説明する。事故の発生についてあらためて謝罪するも、施設への責を問う言葉は聞かれず、賠償等も不要ということで了承していただいた。 | | | | | | | |
| 損害賠償等の状況 | | | | | | 保険加入の有無 | | | 有　　無 | | | | |
| 賠償の有無 | | | 有（完結　交渉無）　　無 | | | | |
| 内容 | 交渉が継続している場合には、  7日以内の完結となりません | | | | | | |
| 再発防止に向けて  の対応 | 事故原因・分析 | | | | | | 日頃より杖を使用して歩行するなど転倒リスクのある方。当日は、サービス開始前の体調確認時に多少の体調不良が確認されていた。  そういった様々な要因が重なり、今回の転倒につながったと考えられる。 | | | | | | | |
| 今後の予防改善策 | | | | | | サービス開始前の体調確認時に、少しでも異常や変化がある場合には職員間で情報共有し、ひとりひとりが注意深く見守るようにする。  転倒リスクを低減するため、事業所内の危険個所を再点検し、転倒につながりうる要因は取り除いていく。 | | | | | | | |
| 職場の長の意見 | | | | | | 高齢者には誰しも転倒リスクがあることを念頭に置き、利用者がひとりで歩行している際などは、より注意深く見守りするよう職員に徹底していく。  情報の伝達漏れを防ぐため、始業前ミーティング以外でも、職員全体で情報共有できるような伝達方法がないか検討する。 | | | | | | | |
| 備　考 | | | | | | 頭部打撲しているため、時間が経ってから脳内出血等の異状が発生しないか今後も様子を見ていく。 | | | | | | | |
| 報告書作成者 | | | 職・氏名 | | | 施設長　岡谷　太郎 | | | | | | 電話 | | ５７－２９０４ |

１　記入欄が不足するときは必要に応じて別紙に記載し、必要資料（事故発生場所が特定できる図面、事故当日の職員勤務割表、事故対象者の介護記録の写し）及び広域連合から求められた資料を添付してください。

２　本様式は、事故発生後**７日以内に完結**（ここでいう完結とは、事業者の判断をもって、当事者間で話し合いをして、解決した場合であり、具体的にはこの事故連絡票表面下段の「賠償の有無」欄において、有の場合で「完結」又は「無」となった日をいう。）した場合のみに使用し、必要資料を添付して事業所の所在市町村介護保険担当課へ提出してください。（提出先の市町村から広域連合に回付されます。）

保険者が広域連合以外の利用者に係る事故については、施設所在市町村だけでなく当該利用者の保険者へも併せて報告する。

**お 問 い 合 わ せ 先 一 覧**

|  |
| --- |
| 介護保険についてのご意見・ご要望・ご不明なことは、市町村の介護保険担当  窓口 または 諏訪広域連合 介護保険課 にお問い合わせください。    **○ 岡谷市役所　介護福祉課　介護保険担当**  住所： 〒394-8510　長野県岡谷市幸町８番１号  電話： 0266-23-4811（内線1281～1285）  FAX： 0266-21-1101  E-mail： kaigofukusi＠city.okaya.lg.jp  **○ 諏訪市役所　高齢者福祉課　介護保険係**  住所： 〒392-8511　長野県諏訪市高島一丁目２２番３０号  電話： 0266-52-4141（内線293・294）  FAX： 0266-53-6073  E-mail： koufuku＠city.suwa.lg.jp  **○ 茅野市役所　高齢者・保険課　介護保険係**  住所： 〒391-8501　長野県茅野市塚原二丁目６番１号  電話： 0266-72-2101（内線336・337）  FAX： 0266-73-0391  E-mail： koureihoken＠city.chino.lg.jp  **○ 下諏訪町役場　保健福祉課　介護保険係**  住所： 〒393-8501　長野県諏訪郡下諏訪町４６１３番地８  電話： 0266-27-1111（内線124・125）  FAX： 0266-27-1676  E-mail： kaigo＠town.shimosuwa.lg.jp  **○ 富士見町役場　住民福祉課　介護高齢者係**  住所： 〒399-0292　長野県諏訪郡富士見町落合１０７７７番地  電話： 0266-62-9133（直通）  FAX： 0266-62-5228  E-mail： juufuku＠town.fujimi.lg.jp  **○ 原村役場　保健福祉課　福祉係**  住所： 〒391-0104　長野県諏訪郡原村６６４９番地３ 原村地域福祉センター内  電話： 0266-79-7092（直通）  FAX： 0266-79-7093  E-mail： fukushi＠vill.hara.lg.jp  **○ 諏訪広域連合　介護保険課**  住所： 〒391-8501　長野県茅野市塚原二丁目６番１号　茅野市役所内  電話： (代表) 0266-72-2101（内線342～345）  (直通) 0266-82-8162  FAX： 0266-71-2071  E-mail： kaigo＠union.suwa.lg.jp |