

介護保険サービス提供中の事故発生に係る取扱要領新旧対照表

新	旧
介護保険サービス提供中の事故発生に係る取扱要領 1 事故報告の対象となる事業者及び介護保険サービス 略 2 報告の範囲 事業者等は、次の①～③の場合、市町村に報告するものとする。 ① 略 (注1) 略 (注2) <u>ケガとは、医師（施設の勤務医、配置医を含む。）の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった場合とする。</u> (注3) 略 (注4) 略 ② 略 ③ 略 3 報告の手順 ① <u>事故後、事業者等は、原則、速やかに電子メール等の電磁的方法により報告することとする。（第一報）</u> (注1)「速やかに」の期限については、最大限の努力をして可能な範囲とする。（例えば、午後に事故が起こり、処置等のために数時間を要し、終業時間が過ぎた場合には、翌朝早くに報告を行う等、社会通念に照らして、最大限の努力をすることが必要）<u>遅くとも、事故発生後5日以内を目安に提出すること。</u> (注2) <u>電子メール等</u>に使う書式は、4に定められた書式とする。（①②③の順に、同じ様式を使って、徐々に必要な箇所が埋まっていく形が望ましい。市町村では、それらを積み重ねて処理し、状況を把握することが可能となる。） (注3) <u>電子メール等</u>の使用にあたっては、個人情報の保護に十分配慮すること。 ② 事故処理の経過についても、<u>電子メール等</u>で適宜報告することとする。 ③ 略	介護保険サービス提供中の事故発生に係る取扱要領 1 事故報告の対象となる事業者及び介護保険サービス 略 2 報告の範囲 事業者等は、次の①～③の場合、市町村に報告するものとする。 ① 略 (注1) 略 (注2) ケガとは、<u>原則として、内外部の医療機関で受診を要した場合とする。</u> (注3) 略 (注4) 略 ② 略 ③ 略 3 報告の手順 ① 事故後、事業者等は、<u>速やかにメール、FAX等で報告することとする。</u> （第一報） (注1)「速やかに」の期限については、最大限の努力をして可能な範囲とする。（例えば、午後に事故が起こり、処置等のために数時間を要し、終業時間が過ぎた場合には、翌朝早くに報告を行う等、社会通念に照らして、最大限の努力をすることが必要） (注2) <u>メール、FAX等</u>に使う書式は、4に定められた書式とする。（①②③の順に、同じ様式を使って、徐々に必要な箇所が埋まっていく形が望ましい。市町村では、それらを積み重ねて処理し、状況を把握することが可能となる。） (注3) <u>メール、FAX</u>の使用にあたっては、個人情報の保護に十分配慮すること。 ② 事故処理の経過についても、<u>メール、FAX等</u>で適宜報告することとする。 ③ 略

4 報告の書式 略 5 報告先 略 6 報告を受けた市町村の対応 略 ① 略 ② 略 ③ 略 7 連絡・報告を受けた県の対応 略 附 則 この要領は、平成15年4月1日から施行する。 附 則 この要領は、平成18年4月1日から施行する。 附 則 この要領は、平成28年4月1日から施行する。 附 則 この要領は、平成30年6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。 附 則 <u>この要領は、令和6年11月29日から施行する。</u>	4 報告の書式 略 5 報告先 略 6 報告を受けた市町村の対応 略 ① 略 ② 略 ③ 略 7 連絡・報告を受けた県の対応 略 附 則 この要領は、平成15年4月1日から施行する。 附 則 この要領は、平成18年4月1日から施行する。 附 則 この要領は、平成28年4月1日から施行する。 附 則 この要領は、平成30年6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。 附 則 _____
--	---

(様式1の1) 略

(様式2の1) 略

(様式1の2)

事故報告書 (事業者→〇〇市(町村))

(様式1の2)

※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		年		月		日	
1事故状況	事故状況の程度	☐ 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 ☐ 入院 ☐ 死亡 ☐ 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				☐ 男性	☐ 女性		
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者								
	住所	☐ 事業所所在地と同じ ☐ 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	☐ 居室(個室) ☐ 居室(多床室) ☐ トイレ ☐ 廊下 ☐ 食堂等共用部 ☐ 浴室・脱衣室 ☐ 機能訓練室 ☐ 施設敷地内の建物外 ☐ 敷地外 ☐ その他 ()															
	事故の種別	☐ 転倒 ☐ 誤薬・与薬もれ等 ☐ 骨折 ☐ 転落 ☐ 医療処置関連(チューブ抜去等) ☐ 不明 ☐ 誤嚥・窒息 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他 () ☐ 異食 ☐ 職員の法令違反・不祥事等															
	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	☐ 施設内の医師(配置医含む)が対応 ☐ 受診(外来・往診) ☐ 救急搬送 ☐ 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	☐ 切傷・擦過傷 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ 骨折(部位:) ☐ その他 ()															
	検査、処置等の概要																

(様式1の1) 略

(様式2の1) 略

(様式1の2)

様式1の2

介護保険サービス提供中の事故発生に係る報告書

報告年月日		令和			年			月			日	報告市町村		選択																						
事業所の概要	法人名																																			
	事業所(施設)名/番号											1	9																							
	所在地																																			
	電話番号	—					—					FAX番号					—																			
	記載者 職 氏名																																			
対象者	サービス種類	選択																																		
	氏名						年齢										歳					性別					選択									
	住所																																			
	被保険者番号																																			
	発生日時	令和				年			月			日	(曜日)								時				分											
事故の内容	発生場所																																			
	事故の種別 (該当するものにチェックし、 複数の場合は、最も 症状の重いものを)	☐ 骨折					☐ 異食・誤えん					☐ 職員の法令違反・不祥事					☐ 打撲・捻挫・脱臼					☐ その他の外傷					☐ 誤薬・与薬もれ					☐ その他				
	死亡有無	☐ 有					☐ 無					(死亡に至った年月日)					令和			年			月			日										
	事故の内容 (経緯を記載)																																			
事故時の対応	治療した医療機関名											電話番号					—					—														
	医療機関の所在地	市町村										番地																								
	治療の概要 「治療を要する期間 (見込み)」																																			
	医療保険名																																			
事故後の対応	事故の原因																																			
	利用者の状況(入院の有無、家族等への報告・説明、該当箇所にチェック)	入院の有無					☐ 有 ☐ 無					(令和 年 月 日)					☐ 有 ☐ 無					(令和 年 月 日)					☐ 有 ☐ 無									
	損害賠償等の状況 (損害保険利用の有無)	保険者名										電話番号					—					—														
	再発防止に向けての 今後の対応(できるだけ 具体的に)																																			

※記入しきれない場合は、任意の別紙に記載のうえ、この報告書に添付してください。

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	☐ 配偶者			☐ 子、子の配偶者			☐ 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)	☐ 他の自治体			☐ 警察			☐ その他				
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定	自治体名（ ） 警察署名（ ） 名称（ ）										
	損害賠償等の状況											
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												