高松市介護サービスの提供時における事故の報告に関する事務取扱要領

（目的）

第１条　この要領は、高松市社会福祉施設等の人員、設備、運営等の基準等に関する条例（平成２４年高松市条例第８５号）第３条第１項に規定する基準（同条例別表第１の９の項から１８の項まで及び２６の項に掲げる基準に限る。）、高松市訪問型サービスの人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱及び高松市通所型サービスの人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に基づき、別表に規定する指定介護サービス事業者（以下「事業者」という。）が行う介護保険適用サービス及び通所介護事業所等の設備を利用して行う、夜間等の介護保険制度外のサービス（以下「介護サービス」という。）の提供時（送迎、通院等の間並びに在宅の通所・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を含む。以下同じ。）に発生した事故について事業者が行う報告に関し必要な事項を定めることにより、介護保険被保険者（以下「利用者」という。）が安心して介護サービスを利用できるサービス提供体制の確立及び介護サービスの質的向上を図ることを目的とする。

（事故の範囲）

第２条　事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、前条の報告をしなければならない。

（１）　利用者が、介護サービスの提供時に病気以外の原因で死亡した場合（利用者が病気等により死亡した場合であって、死因等に疑義が生じる可能性があるときを含む。）

（２）　利用者が、介護サービスの提供時に負傷、誤飲等により、医療機関を受診し、治療又は入院を要した場合

（３）　食中毒及び保健所への通報が法令等により義務付けられている感染症等が発生した場合

（４）　職員（従業者）の法令違反・不祥事等（利用者の処遇に関するものに限る。）が発生した場合

（５）　その他介護サービスの提供時の事故で、事業者が報告する必要があると認める場合

（報告）

第３条　事業者は、事故発生後５日以内に事故報告書（別紙様式）に関係書類を添えて、市長に提出しなければならない。ただし、次の各号に掲げる事由による重大性の高い事故については、直ちにその状況を高松市介護保険課に連絡し、その後事故報告書（別紙様式）を提出するものとする。

（１）　事故により利用者が死亡したもの

（２）　利用者への身体拘束や虐待が事故の原因となっていると思われるもの

（３）　重大な指定基準違反があると思われるもの

（４）　職員の不祥事

２　事故処理後、原則事故発生後２週間以内に事故報告書（別紙様式）を市長に提出しなければならない。なお、提出が遅れる場合は、その旨を高松市介護保険課に報告するものとする。

３　事業者は、保険者が本市以外の場合は、当該保険者にも報告するものとする。

４　市長は、第１項及び第２項の報告を受けたときは、個人情報の漏えい、改ざん又は滅失の防止その他の個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

（報告内容の確認）

第４条　市長は、前条の報告を受けたときは、当該事故の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、指導等）を行うものとする。

２　市長は、前条の報告の内容が不十分であると認める場合は、事業者に対して再報告を求めることができる。

（関係機関への報告）

第５条　市長は、事業者から受けた報告の内容が死亡事故に該当するときは、事業者からの報告があった日から５日以内に事故報告書の写しを、香川県知事に報告するものとする。なお、重大性の高い事故については、事業者から報告があり次第、香川県に連絡するものとする。

２　市長は、事故防止等の観点から特に必要と認める場合は、関係機関に連絡するとともに、以後の対応について必要な連携を行うものとする。

（委任）

第６条　この要領に定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附　則

この要領は、平成１５年９月１日から施行する。

附　則

この要領は、平成２４年４月１日から施行する。

附　則

この要領は、平成２５年９月２０日から施行し、平成２５年１０月１日以降に発生した事故から適用する。

附　則

この要領は、平成２７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２８年１０月１日から施行する。

附　則

この要領は、平成３０年４月１日から施行する。

附　則

この要領は、令和４年４月１日から施行する。

別表

指定居宅サービス事業者（相当サービス事業者含む）	指定訪問介護、指定訪問入浴介護、指定訪問看護、指定訪問リハビリテーション、指定居宅療養管理指導、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定特定施設入居者生活介護、指定福祉用具貸与
指定介護予防サービス事業者	指定介護予防訪問入浴介護、指定介護予防訪問看護、指定介護予防訪問リハビリテーション、指定介護予防居宅療養管理指導、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防短期入所生活介護、指定介護予防短期入所療養介護、指定介護予防特定施設入居者生活介護、指定介護予防福祉用具貸与
指定地域密着型サービス事業者	指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護、指定夜間対応型訪問介護、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、指定複合型サービス
指定地域密着型介護予防サービス事業者	指定介護予防認知症対応型通所介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護
指定居宅介護支援事業者	指定居宅介護支援
指定介護予防支援事業者	指定介護予防支援
介護保険施設事業者	指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、指定介護療養型医療施設
（第１号事業）指定事業者（相当サービス事業者を含む）	介護予防訪問介護相当サービス、訪問型サービスＡ、介護予防通所介護相当サービス、通所型サービスＡ、通所型サービスＣ

別紙様式

事故報告書　（事業者　→　市町）

※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日以内に提出すること
※最終報告は、事故発生後原則２週間以内に市町へ提出すること
※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

担当者職・氏名：
提出日：西暦　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								電話番号			
3対象者	氏名・年齢・生年月日・性別	氏名		年齢		生年月日		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	□ Ⅱa	□ Ⅱb	□ Ⅲa	□ Ⅲb	□ Ⅳ	□ Ⅿ	□ 不明		
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	□ 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		□ 異食		□ 不明						
		□ 転落		□ 誤薬、与薬もれ等		□ その他（　　）						
		□ 誤嚥・窒息		□ 医療処置関連（チューブ抜去等）		□ 職員の不祥事・法令違反、虐待						
	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											
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						
		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）										
		本人要因										
		職員要因										
		環境要因										
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												

市町記載欄　※事業者は記入しないこと

受付No	受付年月日