

沖縄県介護保険事業者事故報告取扱要領

1 目的

この要領は、居宅サービス事業者、居宅介護支援事業者、施設サービス事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者及び介護予防支援事業者（以下「事業者」という。）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を、介護保険の保険者及び事故が発生した事業者の所在市町村が把握するとともに、事業者による事故への速やかな対応と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利用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定める。

2 対象

介護保険指定事業者及び基準該当サービス事業者（以下「各事業者」という。）が行う介護保険サービスとする。

3 報告の範囲

各事業者は次に該当する場合、報告を行うこととする。

（なお、事故が発生した場合は、直ちに電話又は、F A X等により第一報を行い、後に文書により報告すること。）

- (1) サービスの提供による利用者のけが又は死亡事故その他重大な人身事故の発生
 - ア 「サービスの提供による」とは送迎・通院等の間の事故を含む。また、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は、「サービスの提供中」に含まれるものとする。
 - イ けがの程度については、医療機関で受診を要したものの、家族等に連絡したものとす。
 - ウ 事業者側の過失の有無は問わない。
 - エ 利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性のあるとき（トラブルになる可能性があるとき）は、報告すること。
- (2) その他、報告が必要と認められる事故の発生

4 報告先

各事業者は、3で定める事故が発生した場合は、次の両者に速やかに報告すること。

- (1) 介護保険の被保険者の属する保険者（以下「保険者」という。）
- (2) 事故が発生した事業者が所在する市町村（以下「所在市町村」という。）
 - ア 保険者と所在市町村が同一である場合は、保険者のみへの報告を行う。
 - イ 報告には利用者の個人情報が含まれるため、その取扱いに十分注意すること。

5 報告の方法

- (1) 事故が発生した場合には、速やかにその事故の概要について、保険者及び所在市町村へ電話又はF A Xで報告することとする（第一報）。
- (2) 第一報の後、処理の経過を含めて、別紙「介護保険事業者事故報告書」により、文書で報告すること。
 - ア 別紙「介護保険事業者事故報告書」は標準様式であるので、保険者又は所在市町村が別に定めた書式等がある場合は、それに従うこと。

6 報告を受けた保険者及び所在市町村の対応

- (1) 事業所・施設の事故に対する対応（一連の処理）の確認
報告を受けた保険者は、事故にかかる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保険者として必要な対応（事実確認、指導監督等）を行う。
また、事業者への事実確認等において必要がある場合は、所在市町村は保険者からの協力の求めに応じること。
- (2) 保険者から所在市町村に協力を求めるケースについて
報告を受けた保険者が、所在市町村に協力を求めるケースは以下の事が考えられる。
 - ア 保険者が所在市町村と遠隔地にあり、事故状況の把握等が困難な場合
 - イ 虐待が疑われ、被事故者の安全を迅速に確保する必要がある場合
 - ウ その他
- (3) 県又は沖縄県国民健康保険団体連合会の対応が必要な場合の連絡調整
 - ア 県への報告等
指定基準違反のおそれがある場合又は以下の事由による事故の場合は、保険者は県（高齢者福祉介護課介護指導班）に連絡を行うこと。
 - (ア) 事故により利用者が死亡した場合
 - (イ) 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場合
 - (ウ) その他、事例を他の事業者に情報提供することにより、同様の事故の発生の防止に資すると思われる場合
 - イ 沖縄県国民健康保険団体連合会との連絡調整等
利用者・家族から事業者の対応に関して苦情があった場合は、保険者は適時事業者に事実確認を行うとともに、必要に応じて利用者・家族に対し、沖縄県国民健康保険団体連合会の苦情申立て制度を紹介のうえ、連絡調整を行う。

附則

- 1 この要領は、平成19年4月1日から施行する。
- 2 平成14年8月6日施行の「沖縄県介護保険事業者事故報告取扱要領」は、平成19年4月1日を以て廃止とする。

介護保険事業者 事故報告書

平成 年 月 日

1 事業所の概要	法人名			
	事業所(施設)名			
	事業所番号			
	所在地			電話番号
				FAX番号
	記載者職氏名 サービス種類 (事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他()		
2 対象者	氏名・年齢・性別・要介護度・日常生活自立度等	氏名: _____ 年齢: _____ 性別: _____ 要介護度: _____	障害高齢者の日常生活自立度 _____ 認知症高齢者の日常生活自立度 _____	
	被保険者番号		サービス提供日	年 月 日
	住所			
3 事故の概要	発生日時			
	発生場所			
	事故の種別 (複数の場合は、もっとも症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 異食・誤えん <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> その他の外傷		
	事故の内容	死亡に至った場合はその死亡年月日 平成 年 月 日		
4 事故発生時の対応	対処の仕方	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)		
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等)		
	治療の概要			
	連絡済みの関係機関	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> 配食業者 <input type="checkbox"/> その他 ()		
5 事故発生後の対応	利用者の状況	(病状、入院時の有無、その他の利用者の状況)		
	家族への報告、説明の内容	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)		
	経過	<input type="checkbox"/> 解決又は終結している <input type="checkbox"/> 継続している。(内容)		
	損害賠償等の状況			
再発防止に向けての今後の取り組み	(できるだけ具体的に記載すること)			

(注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。