

一関地区広域行政組合介護保険事業者における事故発生時の報告事務取扱要綱

平成19年5月31日 介護保険課長決裁

改正 令和3年3月30日 事務局長決裁

改正 令和7年2月4日 事務局長決裁

(趣旨)

第1 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）、一関地区広域行政組合指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例（平成30年一関地区広域行政組合条例第1号）、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）、介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生労働省令第5号）、一関地区広域行政組合指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成25年一関地区広域行政組合条例第2号）、指定介護予防サービス等の事業の人員、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に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）、一関地区広域行政組合指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成25年一関地区広域行政組合条例第3号）、一関地区広域行政組合指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成27年一関地区広域行政組合条例第1号）、一関地区広域行政組合介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業訪問介護相当サービス、通所介護相当サービス及び介護予防ケアマネジメントAの人員、設備及び運営に関する基準要綱（平成29年一関地区広域行政組合告示第10号）、一関地区広域行政組合介護予防・日常生活支援総合事業に係る訪問型サービスAの人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成29年一関地区広域行政組合告示第12号）、一関地区広域行政組合介護予防・日常生活支援総合事業に係る通所型サービスAの人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成29年一関地区広域行政組合告示第13号）（以下これらを「運営基準」という。）に基づき、介護保険指定事業者（以下「事業者」という。）が、介護サービスを提供中に事故が発生した場合の事務手続きについて定めるものとする。

(事故の範囲)

第2 事業者が報告すべき事故の範囲は、原則として以下のとおりとする。

(1) 介護サービスの提供に係る利用者又は従業者の死亡事故又はケガ等

ア 自然死以外の死亡で、介護サービスの提供に係る利用者又は従業者の事故による死亡、自殺又は変死

- イ 介護サービスの提供に重大な影響を及ぼす食中毒、感染症又は医療事故
- ウ 介護サービスの提供に係る利用者の転倒や転落によるケガ
- エ 介護サービスの提供に係る利用者の誤嚥、窒息、異食、誤薬、与薬漏れ又は医療処置関連事故
- オ 介護サービスの提供に係る利用者又は従業者による暴力又は犯罪行為
- カ 施設入所者、施設利用者の無断外出で警察へ通報した場合又は捜索した場合
- キ 施設等における小火を含む火災、避難を要する災害又は物的・人的被害が生じた災害
- ク 介護サービスの提供に係る利用者の交通事故
- ケ 施設等の管理瑕疵による事故又は不祥事案
- コ 上記に準ずると認められる利用者又は従業者に係る事故又は事件

(2) その他事業者が報告を必要と判断する事故

(報告対象者)

第3 事故報告の対象者は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 事業所又は施設所在地が組合管内の場合は、すべての介護サービス利用者について報告対象とする。
- (2) 事業所又は施設所在地が組合管外の場合は、介護サービス利用者が組合管内に住所を有する者（住所地特例者を含む。）の場合とする。

(報告)

第4 事業者は、第2に定める事故が発生した時は、速やかに当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、一関地区広域行政組合管理者（以下「管理者」という。）に事故報告書により次の各号に掲げる報告を行うものとする。ただし、事故報告書にある報告事項が明記されている書式であれば、事業者が使用している様式によることができる。

- (1) 事故発生後、事故報告書により遅くとも5日以内に事故報告（第1報）を行うものとする。
- (2) 事故処理が長期化する場合は、適宜、事故報告書により途中経過を報告するものとする。
- (3) 事故処理が済み、事態が終結した場合は、事故報告書（最終報告）により報告するものとする。

2 前項の報告については、原則、電子メール等の電磁的方法により行うものとする。

(対応)

第5 管理者は、第4に掲げる報告を受けた場合は、事故の概要を岩手県及び構成市町に

報告し、事故に係る状況を把握するとともに、必要に応じて、構成市町や岩手県及び岩手県国民健康保険団体連合会と連携を図り対応を行う。

(事故対策)

第6 管理者は、運営基準に基づき、事故防止に適切に対処するため、事業者に対し次の各号に掲げる措置を求めなければならない。

- (1) 事故発生時に適切に対応を行うための事故対応マニュアルの整備及び職員(従業員)への周知
  - (2) 発生した事故に対する原因の解明及び再発防止対策
  - (3) 前2号に掲げるもののほか、事故の発生を防止するための措置
- (その他)

第7 この要綱に定めるもののほか、必要な事項については別に定める。

事故報告書 (事業者→一関地区広域行政組合管理者)

(別紙)

※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  
 ※遊具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	<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			
	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"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立									
	認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
4事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日	時	分	秒	分項(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"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> (自由記載3) _____ <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜き等) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 頓倒・窒息 <input type="checkbox"/> (自由記載1) _____ <input type="checkbox"/> その他 (    ) <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> (自由記載2) _____										
	発生日時状況、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	<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											
	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												



# 介護保険事業者事故報告フロー図

