

鳥取県介護保険事業者における事故発生時の報告要領

令和3年4月1日適用

1 事故報告の対象となる事業者及び介護保険サービス

介護保険事業者（地域密着型サービスを含む。以下、「各事業者」という。）が行う介護保険適用サービスとする。

2 報告対象

各事業者は、サービス提供により次に掲げる事故等が発生した場合に、県に対して報告を行うこと。なお、以下のことに留意すること。

(1) 死亡に至った事故

(2) 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

(3) その他、治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病を伴う重篤な事故、個人情報の漏えい（疑い含む）等が発生した場合

※「サービス提供」には送迎・通院等の間の事故も含む。また、在宅の通所・入所サービスおよ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、「サービス提供中」に含まれるものとする。

※事業者側の過失の有無は問わない。

※利用者が、事故発生から、ある程度の期間を経て死亡した場合は、事業者は速やかに、連絡もしくは報告書を再提出すること。

3 報告内容（様式）

別紙様式「事故報告書」

※事故報告の提出は、原則、電子メールにより提出すること。

※個人情報の漏えい事故の場合も、同様式を使用すること。

※保険者への報告様式に、県が求める報告内容全てが含まれている場合は、保険者への報告様式をもって県へ報告を行うことも可能とする。

4 報告期限

(1) 第1報は、少なくとも別紙様式内の1から6の項目までについて可能な限り記載し、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。

(2) その後、状況の変化等必要に応じて、追加の報告を行い、事故の原因分析や再発防止策等については、作成次第報告すること。

5 報告先

報告先は、次のとおりとする。

事業所 所在圏域	報告先	電話・ファクシミリ	メールアドレス
東部	県庁長寿社会課	電 話：0857(26)7175 ファクシミリ：0857(26)8168	choujyushakai@pref.tottori.lg.jp
中部	中部総合事務所 県民福祉局 共生社会推進課	電 話：0858(23)3120 ファクシミリ：0858(23)4803	chubu-kenminfukushi@pref.tottori.lg.jp
西部	西部総合事務所 県民福祉局 共生社会推進課	電 話：0859(31)9314 ファクシミリ：0859(34)1392	seibu-kenminfukushi@pref.tottori.lg.jp

事故報告書 (事業者→鳥取県)

※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：西暦 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"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
4 事故 の 概要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃(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 ()										
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)										
	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	<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												

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	<input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者		<input type="checkbox"/> その他 ()	
		報告年月日	西暦		年		月	
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 自治体名 ()		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 ()		<input type="checkbox"/> その他 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)						
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								