

事故報告の範囲

事業者等は、被保険者に（1）～（4）に掲げる事故等が発生した場合は、他の法令に基づく報告又は届出のほか、事業者側の過失の有無は問わず、市に対し速やかに報告を行わなければなりません。

(1) サービス提供中の事故の発生

- 被保険者の怪我（医療機関において処置を要したもの）
- 送迎時の交通事故
- 誤薬により被保険者の体調に異常をきたしたもの
- 介護サービスの提供に関連した行方不明
- 被保険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）

注 ※「サービス提供中」とは、送迎・通院等の間を含むものとする。ただし、送迎・通院の際に利用者が乗車していない場合は除く。被保険者が事業所内にいる間（サービス終了後に送迎を待っている間を含む）は、「サービス提供中」に含まれるものとする。

※ 事故が原因で後日被保険者が死亡に至った場合は、事業者は速やかに報告書を再提出すること。

(2) 食中毒及び感染症、結核の発生

- 感染症は「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に定めるもののうち、1、2、3 及び 4 類
- 5 類であっても、インフルエンザ、胃腸炎等が施設又は事業所内に発生し、蔓延することが見込まれる状態になったもの

注 ※ 関連する法令に定める届出義務がある場合は、これに従うとともに、当該要領にも従い報告をすること。

(3) 職員(従業者)の法令違反、不祥事等の発生

注 ※ 被保険者からの預り金の横領等、被保険者の処遇に影響のあるものについては報告すること。

(4) その他、報告が必要と認められる事例の発生

- 火災
- 入居者の無断外泊等による行方不明
- 事業者と被保険者等との間でトラブルになる可能性がある判断したとき等

介護保険事業者 事故報告書（事業者→市町村）

周南市提出用

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	3	5												
	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"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <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"/> (地域密着型)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"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> その他													
2 対象者	氏名・年齢・性別	年齢: 性別: 要介護度													
	被保険者番号											サービス提供開始日	年	月	日
	住所														
3 事故の概要	発生日時														
	発生場所														
	事故の種類 (複数の場合は、もっとも症状の重いものを1カ所にチェック)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 異食・誤えん													
	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														
	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														
	連絡済の関係機関														
5 事故発生後の状況	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況及び、家族への報告、説明の内容)													
	損害賠償等の状況														
6	事故の原因分析及び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。