

介護保険施設における事故報告について（通知） 新旧対照表

| 旧 | 新 |
|--|---|
| <p style="text-align: right;">長第711号 平成19年 1月24日</p> <p>各介護保険施設の施設長 各指定居宅サービス事業所の管理者 } 様</p> <p style="text-align: right;">岩手県保健福祉部長</p> <p>介護保険施設における事故報告について（通知） （略）</p> <p>1 報告を要する事故等 （1）（略） （2） 事故報告書の様式について 事故報告書の様式は別紙のとおり（<u>既存様式の再掲</u>）であるので、これを活用するとともに、事故の内容に応じて、<u>本様式を補正し又は任意の様式により報告して差支えないこと。</u> <u>また、その際、必要に応じて、関係資料等を添付すること。</u></p> <p><u>（3） 新規</u></p> <p>2 （略）</p> | <p style="text-align: right;">長第711号 平成19年 1月24日 <u>（一部改正 令和3年7月28日）</u></p> <p>各介護保険施設の施設長 各指定居宅サービス事業所の管理者 } 様</p> <p style="text-align: right;">岩手県保健福祉部長</p> <p>介護保険施設における事故報告について（通知） （略）</p> <p>1 報告を要する事故等 （1）（略） （2） 事故報告書の様式について 事故報告書の様式は別紙のとおりであるので、これを活用するとともに、事故の内容に応じて、関係資料等を添付すること。 <u>※ 市町村（保険者）への提出は電子メールによることが望ましいが、他の方法による提出を妨げない。</u></p> <p><u>（3） 事故報告書の報告期限について</u> <u>ア 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。</u> <u>イ 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。</u></p> <p>2 （略）</p> |

(別紙)

介護保険施設等における事故報告書

| | | |
|--------------------|--------------------------|------------------------|
| [報告先] _____ 様 | | 報告日時: 平成 年 月 日 (時 分) |
| 報告者: | 介護保険施設・事業所名: | 職名: |
| | 氏名: | 連絡先電話番号 (FAX番号) |
| | | (- -) |
| 1 事故の種類等: | 2 発生年月日 (時刻等): | 平成 年 月 日 (時 分)頃 |
| 3 事故の対象者: | (ふりがな) 氏名 | 年 月 日生 (満 歳) 男・女 |
| | 住所 | |
| | 要介護状態区分等: | 施設・サービスの利用事由等: |
| 4 事故の概要: | | |
| 5 事故発生時の対応 (措置状況): | | |
| 6 今後の見通し等: | | |
| 7 その他 (再発防止策等): | | |
| 報告先: | 連絡先 (予定) の報告先を具体的に記入のこと。 | 家族等 (利用者等との続柄等) 関係機関等 |

別紙【様式】

事故報告書 (事業者→ _____ 市・町・村/振興局保健福祉環境部・保健福祉環境センター)

※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

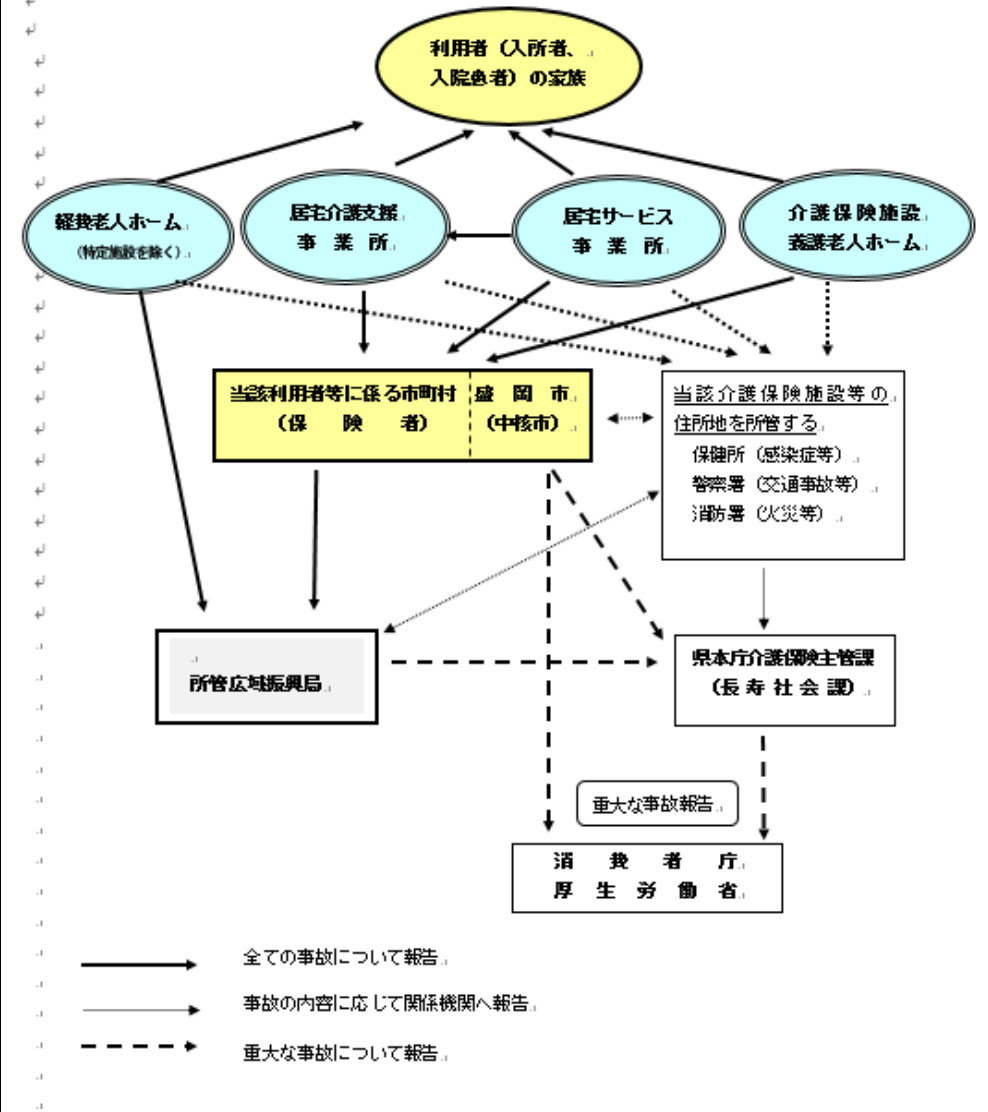
□ 第1報 □ 第 報 □ 最終報告 提出日:西暦 年 月 日

| | | | | | | | |
|------------|---------------|---|---|---|-----|-----------|---|
| 1 事故状況 | 事故状況の程度 | <input type="checkbox"/> 受診(外来・住診)、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"/> 窒息 <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・住診) <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 | 日 | | |
| | 連絡した関係機関 (連絡した場合のみ) | <input type="checkbox"/> 他の自治体 | | <input type="checkbox"/> 警察 | | <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 本人、家族、関係先等への追加対応予定 | 自治体名 () | | 警察署名 () | | 名称 () | | | |
| 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 | | | | | | | | |

参考【報告経路図】(新規)

参考【報告経路図】



備考 改正部分は、下線の部分である。

附則 1 この通知は、令和3年7月28日から施行する。

2 この通知に定める様式は、この通知の施行の日以後に提出する事故報告について適用し、同日前に提出した報告については、なお、従前の例による。