

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
(令和6年3月21日修正)

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（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(31)9639	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

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第 ____ 報	<input type="checkbox"/> 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		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 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									