

福井市介護保険事故等報告事務取扱要綱

(目的)

第1条 この要綱は、介護保険法に基づく介護サービスを提供する事業所（以下「事業所」という。）が、福井市（以下「市」という。）の介護保険被保険者への介護サービスの提供中に事故等が発生した場合の市への報告の取扱いを定め、もって利用者の処遇向上を図ることを目的とする。

(事故の範囲)

第2条 事業所が市へ報告する事故は、次に掲げる場合とする。

(1) サービス提供中に利用者が死亡又は負傷した場合。

ア 「サービス提供中」とは、送迎中も含め、サービスを提供している時間帯を通して全て含まれるものとする。

イ 「死亡」とは、事故死亡を指し、病気死亡は報告対象外とする。ただし、病死であっても死因等に疑義が生じ、利用者の家族等から苦情が出ている場合は、全て対象とする。

ウ 「負傷」とは、医師の保険診療を要したものとする。ただし、医師の保険診療を要しなくとも、利用者の家族等から苦情が出ている場合は、全て対象とする。

(2) 感染症（「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1～5類感染症及び新型インフルエンザ）又は食中毒の発生については、次に掲げる場合とする。

ア 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間内に2名以上発生した場合。

イ 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合。

ウ ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に管理者が報告を必要と認めた場合。

(3) その他の事故又は不祥事により、利用者等から苦情が出ている場合。

(報告)

第3条 事業所は、第2条に定める事故の発生後7日以内に、介護保険事故報告書（様式第1号）及び市から求められた資料を市介護保険課へ提出するものとする。ただし、第2条に定める死亡事故、感染症、食中毒又はその他重大事故の発生の場合は、発生後速やかに電話にて市介護保険課へ報告した上で、介護保険事故報告書等を提出するものとする。

2 事業所は、介護保険事故報告書（様式第1号）の提出時において、次に掲げる場合は、介護保険事故経過（終結）報告書（様式第2号）を提出するものとする。

- (1) 事故の原因が調査中
- (2) 損害賠償等の状況が未定
- (3) 再発防止対策が未定

3 事故処理が長期化する場合は、様式第2号により適宜経過報告を行う。また、当該事故処理が全て完了した時点で終結報告書を提出するものとする。

（市から福井県への報告）

第4条 市が福井県に報告する事故は、次に掲げる場合とする。

- (1) サービス提供中に利用者が死亡した場合。
- (2) 事故の原因に指定基準違反が疑われる場合。
- (3) 事故の原因に利用者への虐待が疑われる場合。
- (4) その他市が報告を必要と認める場合。

（市から消費者庁への報告）

第5条 市が消費者庁に報告する事故は、次に掲げる場合とする。

- (1) 事業者の安全配慮が不十分の可能性がある、サービス提供中に利用者が死亡した場合。
- (2) 事業者の安全配慮が不十分の可能性がある、サービス提供中に利用者が重症等（30日以上の治療が必要）となった場合。

（措置）

第6条 市は、事故報告等を取りまとめ、事故防止に資するものとし、必要に応じて、事故発生時の対応に関する調査及び指導を行う。

2 市は、事業所の対応が次に掲げる場合に該当するときは、事業者名、事業所名及び事故内容について公表することができるものとする。

- (1) 事業所が事故発生を故意に隠匿している場合。
- (2) 事業所が事故の再発防止に取り組まない場合。
- (3) その他利用者保護のため、市長が必要と認めた場合。

（補則）

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

(様式第 1 号)

介護保険事故報告書

平成 年 月 日

(宛て先) 福井市長

(事業者名称及び代表者氏名)



当事業所（施設）において、次のような事故が発生したので報告します。

事業所の概要	事業所(施設)名 及び所在地	事業所名 所 在 地 電話番号					
	サービスの種類						
	管理者氏名						
	報告書作成者(職・氏名)						
事故対象者	氏 名				被保険者 番号		
	住 所	福井市					
	要 介 護 度 等	事・支 1・支 2・1・2・3・4・5	年 齢	歳	性 別	男・女	
事故の概要	発 生 日 時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃					
	発 生 場 所						
	事 故 等 の 種 類 (該当するものに レ点)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤食 <input type="checkbox"/> 誤薬・処方漏れ <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他 () [死亡に至った場合はその死亡年月日：平成 年 月 日]					
	事 故 等 の 内 容	※利用者の状態などを具体的に記載すること					
	事 故 の 原 因	※事故に直接的に結びついたと考えられる要因					
事故発生時の対応	対 処 の 内 容	※事業所での処置、家族への連絡、医療機関への搬送状況等を経過記録的に時刻を含め記載					
	受診した医療機関	※医療機関名、住所等					
事故後の対応	利用者の状況	※病状、その他利用者の状況を具体的に記載 [入院： 無 ・ 有]					
	家族への対応 (報告・説明)						
	損害賠償等の状況						
再発防止対策		※再発防止に向けての今後の取組み・改善策等を具体的に記載					

注) 記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張するか、裏面もしくは任意の別紙に記載してください。

事故の内容によっては、詳細な記録（介護、看護記録等）の提出を求める場合があります。

[illegible]

介護保険事故経過（終結）報告書

事業所の概要	事業所名			
	所在地			
	電話番号			
	サービスの種類			
	報告書作成者（職・氏名）			
事故の概況	利用者氏名		被保険者番号	
	発生年月日	平成 年 月 日		
	経過	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終結（終結年月日：平成 年 月 日）		
事故後の対応（対象となる項目を記載してください）	【事故の原因】			
	【損害賠償等の状況】			
	【再発防止への対応】			

注)記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張して記載してください。