

事故報告取扱い要領 様式「新旧対照表」

現行

改正案

備考

様式 1

介護保険事業者 事故報告書 (事業者→保険者 及び 県) 様式 1
【事故発生後、速やかに提出してください。(FAX:076-444-3492(添書不要))】 平成 年 月 日

1	法人名			
	事業所(施設)名			
	事業所番号	1	6	
	所在地	電話番号		
		FAX番号		
	記載者職氏名			
事業所の概要	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> サービス種類 (事故が発生したサービス) <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"/> 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"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <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居者生活介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> その他			
2	氏名・年齢・性別	年齢:	性別:	要介護度:
対象者	既往症・身体機能の状況			
	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (日常生活自立判定度 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M)		
	被保険者番号	サービス提供開始日	年 月 日	
	住 所			
3	発生日時	年 月 日 ()	時	分
事故の概要	発生場所			
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥		
	事故の内容 (事故発生状況)	死亡に至った場合はその死亡年月日: 平成 年 月 日		
4	対処の仕方	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)		
事故発生時の対応	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	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況)		
事故発生後の状況	家族への報告、説明の内容	(家族への報告、説明の内容)		
	経過	<input type="checkbox"/> 解決又は終結している。 <input type="checkbox"/> 継続している。(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、任意の様式に記載の上、この報告書に添付してください。
 注)事業所(施設)における事故報告書と重複する部分については、当該事故報告書の添付をもって代えることができます。

様式 1

事故報告書 (事業者→保険者等) 様式 1
※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

提出日:西暦 年 月 日

□ 第1報 □ 第 報 □ 最終報告

1	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	西暦	年	月	日
	死亡年月日				
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	発生日時	西暦	年	月	日 時 分 (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	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			

・「介護保険最新情報 Vol.943」(令和3年3月19日老高発0319第1号)を踏まえ修正

現行

改正案

備考

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												

現行

改正案

備考

様式2

様式2

様式2	
食中毒・感染症発生状況報告書（事業者→保険者、県、厚生センター（保健所））	
【報告の要件に該当したときは、速やかに提出してください。】(FAX:076-444-3492(添書不要)) 平成 年 月 日	
1 事業者の概要	法人名
	事業所(施設)名
	事業所番号
	所在地
記載者職氏名	電話番号 FAX番号
サービス種類 (食中毒・感染症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"/> 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"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <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居者生活介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> その他
2 発生した食中毒・感染症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(ノロウイルス感染症) <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> ペニシリン耐性肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> レジオネラ症 <input type="checkbox"/> 薬剤耐性緑膿菌感染症 <input type="checkbox"/> メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症(MRSA感染症) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 痲皮型疥癬(ノルウェー疥癬) <input type="checkbox"/> その他()
3 同一の食中毒・感染症に罹患した者に関する報告	罹患した入所者(利用者)数
	最初の症状発生日
	その症状
	講じている対策
連絡済の関係機関	<input type="checkbox"/> 県厚生センター(富山市保健所) <input type="checkbox"/> 保険者(市町村) <input type="checkbox"/> 県高齢福祉課 <input type="checkbox"/> その他()
その他連絡事項	
4 死亡した者	氏名・年齢・性別
	被保険者番号
	住所
	診断書に記載された死亡原因
氏名・年齢・性別	
被保険者番号	
住所	
診断書に記載された死亡原因	
注)4の「死亡した者」の欄には、当該食中毒・感染症が原因とみられる疾患で死亡した者について記入してください。	

様式2	
食中毒・感染症発生状況報告書（事業者→保険者等）	
【報告の要件に該当したときは、速やかに提出してください。】 西暦 年 月 日	
1 事業者の概要	法人名
	事業所(施設)名
	事業所番号
	所在地
記載者職氏名	電話番号 FAX番号
サービス種類 (食中毒・感染症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"/> 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"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <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居者生活介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> その他
2 発生した食中毒・感染症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(ノロウイルス感染症) <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> ペニシリン耐性肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> レジオネラ症 <input type="checkbox"/> 薬剤耐性緑膿菌感染症 <input type="checkbox"/> メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症(MRSA感染症) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 痲皮型疥癬(ノルウェー疥癬) <input type="checkbox"/> その他()
3 同一の食中毒・感染症に罹患した者に関する報告	罹患した入所者(利用者)数
	最初の症状発生日
	その症状
	講じている対策
連絡済の関係機関	<input type="checkbox"/> 県厚生センター(富山市保健所) <input type="checkbox"/> 保険者(市町村) <input type="checkbox"/> 県高齢福祉課 <input type="checkbox"/> その他()
その他連絡事項	
4 死亡した者	氏名・年齢・性別
	被保険者番号
	住所
	診断書に記載された死亡原因
氏名・年齢・性別	
被保険者番号	
住所	
診断書に記載された死亡原因	
注)4の「死亡した者」の欄には、当該食中毒・感染症が原因とみられる疾患で死亡した者について記入してください。	

・文言の整理