

千曲市告示第134号

千曲市介護保険事故報告に関する要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和6年11月20日

千曲市長 小川 修 一

## 千曲市介護保険事故報告に関する要綱の一部を改正する告示

千曲市介護保険事故報告に関する要綱（平成16年千曲市告示第16号）の一部を次のように改正する。

第1条を次のように改める。

（趣旨）

第1条 この要綱は、運営基準（介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく厚生労働省令で定めるサービス及び施設の人員、設備、運営等の基準をいう。）に基づき、介護保険の指定を受けた事業所（以下「事業所」という。）が市の介護保険被保険者を対象として介護サービスを提供中に事故が発生した場合の事務手続に関し、必要な事項を定めるものとする。

第2条第3号中「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」の次に「（平成10年法律第114号）」を加え、「一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症」を「1類感染症、2類感染症、3類感染症、4類感染症、5類感染症」に改める。

第3条第1項中「できるかぎり速やかに市へ電話で報告」を「介護保険事故報告書（別記様式）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」に、「第一報」を「第1報」に改める。

第3条第2項を次のように改める。

2 事業所は、第1報後10日以内に、事故発生場所が特定できる図面、事故当日の職員勤務割表及び事故対象者の介護記録の写しを添付するとともに、必要に応じて市から求められた資料を提出するものとする。

別記様式を次のように改める。

## 別記様式（第3条関係）

### 事故報告書（事業者→千曲市）

※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 <u>    </u> 報	<input type="checkbox"/> 最終報告	提出日：     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 <input type="checkbox"/> 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 (         )										
	事故の種別	<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 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 自治体名（    ）    警察署名（    ）    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								

附 則

この告示は、令和6年11月20日から施行する。