

広島市健康福祉局高齢福祉部
介護保険課
高齢福祉課

事故発生連絡票の改定及び感染症発生連絡票の新設について

これまで介護サービス事業所及び老人福祉施設等において事故又は感染症が発生した場合、事故発生連絡票を介護保険課に提出していました。

しかし、感染症の発生の場合、事故発生連絡票は感染者の数だけ提出することになり、手間が多い等の問題がありました。

このため、事故発生連絡票の改定と共に、感染症発生連絡票を新設することとしました。

今後、介護サービス事業所及び老人福祉施設等において事故が発生した場合は事故発生連絡票を、感染症が発生した場合は感染症発生連絡票及び感染症発生状況記入表を提出いただくようお願いします。

また、本市に報告すべき事故とは以下のとおりです。

- (1) 利用者が死亡した場合又は医療機関で治療を受けた場合
- (2) 利用者の財物を毀損したり、滅失したために、利用者との間に紛争が起こった場合
- (3) 上記以外の場合であっても、賠償すべき事故が発生した場合又は損害賠償を行うこととなった場合
- (4) 利用者又は従業者にノロウィルス、インフルエンザ等の感染症が発生した場合
- (5) その他、介護サービス事業所の管理者が必要と判断した場合

資料1「令和元年度実地指導等の指摘事項等について」に記載されているとおり、上記に当てはまる場合でも事故発生連絡票を提出していなかった事例が見受けられたため、各事業所におかれましては、今一度、未提出の事故報告連絡票がないか確認するとともに、適切な対応をお願いします。

なお、事故発生連絡票及び感染症発生連絡票は発生後速やかに、遅くとも一週間以内には介護保険課に提出するようお願いします。

事故発生連絡票及び感染症発生連絡票は以下のホームページにあります。

広島市ホームページ

【介護サービス事業所及び老人福祉施設等における事故発生時の対応について】

広島市ホームページのトップの「ページ番号でさがす」に「0000002327」を入力して検索してください。

事故発生連絡票

報告日：令和 年 月 日 第 報

事業所	法人名			
	サービス種別		事業者番号	
	事業所名			
	事業所所在地			
	電話・FAX	電話	- - FAX	- -
	担当者名			
当該利用者	(フリガナ) 氏名			
	生年月日(年齢)	年 月 日 (歳)		
	被保険者番号		要介護度	
	住所・電話	電話 - -		
事故の概要	発生日時	令和 年 月 日() 時 分		
	内容・状況・原因	診断名 ()		
対応等	家族等への連絡	令和 年 月 日() 時 分 (続柄[])に連絡		
	病院への連絡	令和 年 月 日() 時 分 ・搬送先 () ・同乗者 ()		
	警察への連絡	令和 年 月 日() 時 分		
	再発防止のため にとった対策	☐ 具体策 ☐ 検討中 		
	家族等からの 苦情など	☐ 有(解決済) ☐ 有(対応中) ☐ なし 		
	賠償の状況	☐ 有 ☐ 検討中 ☐ なし		
添付資料	・現場見取図 ・支援経過等記録 ・その他 []			
その他 特記事項				

注) 事故発生後、すみやかに FAX で提出すること。(遅くとも 1 週間以内)

提出先：広島市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 FAX:082-504-2136 TEL:082-504-2183

記載例

事故発生連絡票

報告日：令和〇〇年〇〇月〇〇日

第 1 報

事業所	法人名	〇〇〇〇法人〇〇〇〇〇〇		
	サービス種別	通所介護	事業者番号	34〇〇〇〇〇〇
	事業所名	〇〇〇〇〇〇		
	事業所所在地	広島市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号		
	電話・FAX	電話 082 - 504 - 2183	FAX 082 - 504 - 2136	
	担当者名	広島 一郎		
当該利用者	(フリガナ)氏名	カイゴ タロウ 介護 太郎		
	生年月日(年齢)	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)		
	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇	要介護度	要介護〇
	住所・電話	広島市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号 電話 082 - 504 - 2183		
事故の概要	発生日時	令和〇〇年〇〇月〇〇日(月) 〇〇時 〇〇分		
	内容・状況・原因	診断名 (大腿骨頸部骨折、意識不明) トイレへの移動介助中、廊下で転倒させてしまい、意識不明になったため、救急車を要請し、現在入院中。重篤な状態が続いている。		
対応等	家族等への連絡	令和〇〇年〇〇月〇〇日(月) 〇〇時 〇〇分 (〇〇 〇〇 続柄[長男])に連絡		
	病院への連絡	令和〇〇年〇〇月〇〇日(月) 〇〇時 〇〇分 ・搬送先 (〇〇〇〇病院) ・同乗者 (看護職員 〇〇 〇〇)		
	警察への連絡	令和〇〇年〇〇月〇〇日(月) 〇〇時 〇〇分		
	再発防止のための とった対策	☐ 具体策 ☒ 検討中 (原因を究明させた後、具体的な再発防止対策を実施し、報告します。) ※「検討中」の場合は、第2報以降で適宜結果を報告すること。		
	家族等からの 苦情など	☒ 有 (解決済) ☐ 有 (対応中) ☐ なし (原因を調査し、誠意をもって対応する旨伝え、納得されている。) ※「有 (対応中) 」の場合は、第2報以降で適宜結果を報告すること。		
	賠償の状況	☐ 有 ☒ 検討中 ☐ なし		
添付資料	・ 現場見取図 ・ <u>支援経過等記録</u> ・ その他 []			
その他 特記事項				

注) 事故発生後、すみやかに FAX で提出すること。(遅くとも 1 週間以内)

提出先：広島市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 FAX:082-504-2136 TEL:082-504-2183

感染症発生連絡票

報告日：令和 年 月 日 第 報

事業所	法人名						
	サービス種別			事業者番号			
	事業所名						
	事業所所在地						
	各フロアの 入所者数・職員数						
	電話・FAX	電話	-	-	FAX	-	-
	担当者名						
概 要	初発患者発生日時	令和 年 月 日 ()					
	状況	感染症名 ()					
	感染者の発症状況は 感染症発症状況記入表 に記入すること	重症	有 ・ 無	入院	有 ・ 無		
	延べ感染者数	名					
対 応 等	まん延防止の ためにとった 対策	□具体策 □検討中 ※「検討中」の場合は、第2報以降で適宜結果を報告すること。					
		面会制限	有 ・ 無				
	家族等からの 苦情など	□有（解決済） □有（対応中） □なし ※「有（対応中）」の場合は、第2報以降で適宜結果を報告すること。					
添付資料	・ 感染症発症状況記入表 ・ フロア見取図 ・ その他 []						
その他 特記事項							

注) 感染症発生後、別紙「感染症発症状況記入表」と共にすみやかにFAXで提出すること。
(初発の患者発生後、1週間以内)

提出先： 広島市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 FAX:082-504-2136 TEL:082-504-2183

感染症発症状況記入表

事業所名：

	基本情報						発症情報			経過（発熱(体温)・下痢・嘔吐等の症状を記入）									
	部屋 番号	部屋 定員	名前	年齢	性別	介護度	発症 日時	症状	診断日 検査実施の有無	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目
										日 月	日 月	日 月	日 月	日 月	日 月	日 月	日 月	日 月	日 月
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

注1) 経過1日目は、事業所全体での初発日(各自の発症日ではない)を記入してください。発症者が1名でも記入し報告してください。

注2) 職員の発症の場合は、部屋番号の欄に職種を記入してください。

注3) 発症状況は日々更新し、定期的にFAXで報告してください。

注4) 延べ患者数が10名を超えた場合、お近くの区保健センター(地域支えあい課)にも連絡してください。

提出先：広島市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 FAX:082-504-2136 TEL:082-504-2183

感染症発生連絡票

報告日：令和〇〇年〇月〇日

第 1 報

事業所	法人名	〇〇〇〇法人〇〇〇〇〇〇			
	サービス種別	認知症対応型共同生活介護	事業者番号	34〇〇〇〇〇〇〇	
	事業所名	〇〇〇〇〇〇			
	事業所所在地	広島市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号			
	各フロアの 入所者数・職員数	1階 利用者 14 名、職員 8 名 2階 利用者 20 名、職員 9 名 事務員 2 名、調理員 3 名			
	電話・FAX	電話 082 - 504 - 2183		FAX 082 - 504 - 2136	
	担当者名	広島 一郎			
概要	初発患者発生日時	令和〇〇年〇月〇日(月)			
	状況 感染者の発症状況は 感染症発症状況記入表 に記入すること	感染症名 (インフルエンザ) 令和 2 年〇月〇日に職員 1 名が高熱を呈し、受診した結果 インフルエンザ A 型であることが判明し、出勤停止とした。 翌日、当該職員が従事している 2 階フロアの利用者 2 名が 高熱を呈し、検査の結果、インフルエンザ A 型であることが 判明し、隔離や面会制限の措置をとった。 〇月〇日現在、職員 3 名、利用者 8 名の罹患を確認し、〇 区地域支えあい課に報告した			
		重症	有・ ☐ 無	入院	☐ 有・無
	延べ感染者数	11 名			
対応等	まん延防止の ためにとった 対策	☒ 具体策 ☐ 検討中 (発症者の隔離、面会制限、標準予防策の実施 発症した職員の出勤停止) ※「検討中」の場合は、第 2 報以降で適宜結果を報告すること。			
		面会制限	☐ 有・無		
	家族等からの 苦情など	☐ 有 (解決済) ☐ 有 (対応中) ☒ なし () ※「有 (対応中)」の場合は、第 2 報以降で適宜結果を報告すること。			
添付資料	・ ☐ 感染症発症状況記入表 ・ ☐ フロア見取図 ・その他 []				
その他 特記事項					

注) 感染症発生後、別紙「感染症発症状況記入表」と共にすみやかに FAX で提出すること。

(初発の患者発生後、1 週間以内)

提出先：広島市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 FAX:082-504-2136 TEL:082-504-2183

記載例

感染症発生連絡票 別紙

感染症発症状況記入表

事業所名：○○○○○○○○○○○○○○

	基本情報						発症情報			経過（発熱(体温)・下痢・嘔吐等の症状を記入）									
	部屋 番号	部屋 定員	名前	年齢	性別	介護度	発症 日時	症状	診断日 検査実施の有無	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目
										○月○日	○月○日	○月△日	○月◇日	○月●日	○月■日	○月▲日	○月◆日	日 月	日 月
1	介護職	2階	介護 蓮	41	男		○月○日	高熱	○月○日	38.4℃	出勤停止								
2	介護職	2階	介護 涼	56	女		○月△日	高熱	○月△日			38.0℃	出勤停止						
3	介護職	1階	介護 陽葵	34	女		○月△日	高熱	○月△日			39.2℃	出勤停止						
4	211	1	○○ ○○	83	女	介1	○月○日	高熱	○月○日		39.3℃	37.2℃	37.0℃	36.4℃					
5	205	1	○○ ○○	90	女	介4	○月○日	高熱	○月○日		38.2℃	38.9℃	37.2℃	なし					
6	201	1	○○ ○○	85	男	介3	○月△日	高熱	○月△日			38.9℃	37.7℃	36.3℃					
7	203	1	○○ ○○	89	男	介1	○月△日	高熱	○月△日			37.8℃	37.5℃ 咳	37.2℃					
8	115	1	○○ ○○	92	女	介2	○月△日	高熱	○月△日			38.5℃	37.0℃	なし					
9	107	1	○○ ○○	99	男	介3	○月◇日	高熱	○月◇日				38.5℃	36.9℃					
10	105	1	○○ ○○	91	女	介1	○月●日	高熱	○月●日					38.0℃					
11	106	1	○○ ○○	93	男	介2	○月●日	高熱						倦怠感 鼻水					

注1) 経過1日目は、事業所全体での初発日(各自の発症日ではない)を記入してください。発症者が1名でも記入し報告してください。

注2) 職員の発症の場合は、部屋番号の欄に職種を記入してください。

注3) 発症状況は日々更新し、定期的にFAXで報告してください。

注4) 延べ患者数が10名を超えた場合、お近くの区保健センター(地域支えあい課)にも連絡してください。

提出先：広島市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 FAX:082-504-2136 TEL:082-504-2183