

小樽市規則第16号

平成25年3月28日

小樽市指定地域密着型サービス事業者等の事故の報告に関する規則をここに公布する。

小樽市長 中 松 義 治

小樽市指定地域密着型サービス事業者等の事故の報告に関する規則

(趣旨)

第1条 この規則は、小樽市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例（平成24年小樽市条例第38号。以下「介護基準条例」という。）第40条第2項（第59条、第80条、第108条、第128条、第149条及び第202条において準用する場合を含む。以下同じ。）及び第175条第3項（第189条において準用する場合を含む。以下同じ。）並びに小樽市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例（平成24年小樽市条例第39号。以下「介護予防基準条例」という。）第37条第2項（第65条及び第86条において準用する場合を含む。以下同じ。）の規定に基づき、事故が発生した場合の対応に関し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この規則において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 事業者 介護基準条例第2条第2号に規定する指定地域密着型サービス事業者及び介護予防基準条例第2条第2号に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者をいう。

- (2) 利用者 介護基準条例第2条第2号に規定する指定地域密着型サービスの利用者及び介護予防基準条例第2条第2号に規定する指定地域密着型介護予防サービスの利用者をいう。

(事故の範囲)

第3条 介護基準条例第40条第1項及び第175条第2項並びに介護予防基準条例第37条第1項に規定する事故(事業者の過失がない事故を含む。)は次のとおりとする。

- (1) 利用者の死亡
 - (2) 利用者に対する虐待(不適切な処遇又はその疑いのあるものを含む。)
 - (3) 利用者の失踪及び行方不明(行方不明者発見活動に関する規則(平成21年国家公安委員会規則第13号)第6条第1項の規定により行方不明者に係る届出がなされたものに限る。)
 - (4) 利用者が骨折、打撲、裂傷等により、医療機関を受診したもの
 - (5) 利用者に対する誤薬
 - (6) 利用者の誤飲、誤食及び誤嚥^{えん}
 - (7) 利用者の不法行為
 - (8) 利用者の無断外出
 - (9) 利用者に対する不法行為その他不適切な会計処理等により利用者に対して不利益を与える行為
 - (10) 前各号に掲げるもののほか、市長が特に報告の必要があると認めるもの
- (事故の報告)

第4条 介護基準条例第40条第2項及び第175条第3項並びに介護予防基準条例第37条第2項の規定による報告は、事故発生状況報告書(様式。以下「報告書」という。)により、速やかに行うものとする。

2 事業者は、市長が特に必要があると認めるときは、報告書のほか、介護記

録その他の資料を提出しなければならない。

(市の対応)

第5条 市長は、報告書を検証し、必要に応じ当該事業者に対し助言又は指導を行うとともに、事故の再発防止に資するため、当該事故に係る発生要因、再発防止策等の留意事項について、他の事業者に提供するものとする。

附 則

この規則は、平成25年4月1日から施行する。

様式（第3条関係）

（表）

事故発生状況報告書

年 月 日

（宛先）小樽市長

事業者所在地

事業者名称

事業者代表者職名・氏名

印

1 事故が発生した事業所

名称	所在地
----	-----

2 事故の分類

<input type="checkbox"/> 死亡事故	<input type="checkbox"/> 虐待	<input type="checkbox"/> 失踪及び行方不明	
<input type="checkbox"/> 骨折、打撲、裂傷等による医療機関の受診	<input type="checkbox"/> 誤薬	<input type="checkbox"/> 誤飲、誤食及び誤嚥 ^{えん}	
<input type="checkbox"/> 利用者の不法行為	<input type="checkbox"/> 無断外出	<input type="checkbox"/> 利用者に対する不法行為等	<input type="checkbox"/> その他

3 事故の発生日時及び場所

日時	年 月 日	（午前・午後）	時 分（頃）
場所			

4 事故当事者の氏名等

住所	要介護・要支援（ ）	
氏名	（男・女）	年 月 日生（ 歳）
傷病名・部位	傷病の程度	
サービス利用開始年月日		年 月 日

5 事故関係者の氏名等

<input type="checkbox"/> 職員	<input type="checkbox"/> 利用者	職員の職名又は利用者の住所
氏名	（男・女）	年 月 日生（ 歳）
職員の採用年月日		年 月 日

(裏)

6 事故の概要

発生状況
発生要因

7 事業所の対応

医療機関の受診日時	年 月 日 (午前 ・ 午後)	時 分
医療機関名		
家族等への報告日時	年 月 日 (午前 ・ 午後)	時 分
報告者の職名	氏名	
報告相手の氏名	利用者との続き柄	
事故報告に対する反応		
損害賠償等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
今後の当該利用者への対応		

8 再発防止策

--

担当者名	連絡先電話番号
------	---------