

事故報告書提出の際の注意点

事故報告書は、運営基準の「事故発生時の対応」の規定に基づき提出をお願いしています。

この度、足立区（以下、「区」という）における事故報告書様式の変更に伴い、その変更点及び提出の際の注意点を発出しますので、報告書作成時の参考としてご活用ください。また、事故報告の取扱いについて「足立区介護保険事業における事故発生時の報告取扱い要領」（以下「取扱い要領」という。）で示していますので、併せてご確認ください。

1 事故報告書の提出方法について

令和8年4月以降、事故報告書をご提出される際は、原則として足立区指定の様式に全ての項目を記入し、足立区行政オンライン申請システムより提出をお願いいたします。（メール・FAX 不可）事業所では、写しを保管してください。提出方法の詳細につきましては、足立区公式ホームページ「介護サービス等の提供における事故報告について」をご参照ください。

2 事故報告書の記入について

間違いの多い箇所や注意していただきたい箇所を中心に下表に示しています。なお、令和8年4月より適用されている新様式への変更箇所については、**太字**で記載しています。

欄外の記載について

項目名称	留意事項
報告種別	<ul style="list-style-type: none">・「第1報」「第〇報」「最終報告」のいずれかにチェックを入れてください。「第〇報」は「第1報」から「最終報告」の間に報告すべきことがある場合に、報告件数に合わせ「第2報」等記入してください。・その事故について初めての提出の場合、「第1報」にチェックを入れてください（<u>電話での報告は、仮報告となり第1報に含みません</u>）。初めて提出する時点で既に完結している場合は、併せて「最終報告」にもチェックを入れてください。

1 事故状況

項目名称	留意事項
事故状況の程度	該当する状況にチェックしてください。
死亡に至った場合 死亡年月日	利用者が死亡した場合、その年月日を記入してください。

2 事業所の概要

項目名称	留意事項
事業所番号	事業所番号を記入してください。
サービス種別	サービスの正式名称を記入してください。地域密着型通所介護を「通所介護」と記入したり、特養併設の短期入所生活介護を「介護老人福祉施設」と記入したりしていることがあります。
連絡先(電話番号)	間違った番号やFAX番号を記入していることがあります。
担当者名	区から連絡する場合がございます。そのため、担当者名をご記入ください。押印は不要です。

3 対象者

項目名称	留意事項
性別	該当する性別にチェックしてください。
サービス提供開始日	事業所(施設)の利用を開始した年月日を記入してください。
保険者名	<ul style="list-style-type: none">・保険者が足立区の場合は「足立区」、他の区市町村の場合は該当区市町村名を記入してください。・保険者が足立区以外の場合は、足立区へ事故報告書を提出すると同時に該当区市町村にも事故報告を行ってください(事業所所在地が足立区で、利用者が足立区以外の場合等)。
住所	住所が事業所所在地以外の場合、その他の()内に住所を記入してください。
身体状況	該当する要介護(支援)度、認知症高齢者日常生活自立度にチェックしてください。

4 事故の概要

項目名称	留意事項
発生場所	<ul style="list-style-type: none">・事故が発生した場所にチェックしてください。・場所が特定できない場合は空欄にせず、その他の()内に「不明」と記入してください。
事故の種別	<ul style="list-style-type: none">・発生した事故内容にチェックしてください。・離設や事業者都合によるサービスの無断不履行等、該当欄がない場合は、その他の()内に事故の種別を記入してください。
発生時状況、事故内容の詳細	<ul style="list-style-type: none">・事故に関する情報を、時系列で具体的に記入してください。・区が事故の経過を正確に理解するために、「<u>利用者の普段の様子</u>」「<u>事故前の状況</u>」「<u>事故の内容</u>」を記入してください。

	「利用者の普段の様子」	事故直前の様子ではなく、日頃の利用時の様子を記入してください（認知症の程度、行動パターン等）。
	「事故前の状況」	事故が起きる直前に利用者が何をしていたのか等、状況がわかるように記入してください。
	「事故の内容」	いつ、どこで、どのようにして起きたのか等を記入してください。発見した時点で既に事故が起きていた場合は、発見した時の状況がわかるように記入してください。
その他 特記すべき事項	その他特記すべき事項がある場合は、記入してください。	

5 事故発生時の対応

項目名称	留意事項	
発生時の対応	「事故発生時の対応方法」	いつ、誰が、どのように対応したかがわかるように記入してください。
	「事故直後の利用者の状況」	事故発生直後の必要な対応が終了した後の、利用者の身体状況や治療方針等を記入してください（骨折のため入院した等）。
受診方法	受診方法について該当する方法にチェックしてください。その他の場合は、その他にチェックし、詳細を()に記入してください。	
受診先	医療機関名	<ul style="list-style-type: none"> 受診した医療機関名を記入してください。住所の記入は不要です。 受診先が複数ある場合や、受診先と入院先が異なる場合等には、それぞれ記入してください。3か所以上ある場合は枠を区切る等して記入してください。
	連絡先(電話番号)	医療機関の連絡先を記入してください。
診断名	医師による診断名を記入してください。	
検査、処置等の概要	医師が行った検査(MRI、CT等)、処置(手術、縫合、シーネ等による固定、注射等)を記入してください。	

6 事故発生後の状況

項目名称	留意事項	
利用者の状況	事故発生後の必要な対応が終了した後の、利用者の身体状況や治療方針等を記入してください(骨折のため入院した等)。	
家族等への報告	続柄	・報告した家族等の続柄にチェックを入れてください。

		<ul style="list-style-type: none"> ・事故が起きた段階で、速やかに家族へ連絡してください（取扱い要領第6条第1項ア）。
	報告年月日	一番初めに家族等に連絡をした年月日を記入してください。
連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	他の機関に連絡をした場合は、連絡した機関の種別にチェックを入れ、()内に機関名を記入してください。	
本人、家族、関係先等への連絡状況及び追加対応予定	<ul style="list-style-type: none"> ・連絡した家族（続柄も記入）・機関名、連絡内容等を時系列で記入してください。また、追加の対応予定も含めて、記入してください。 ・ご家族等から苦情・トラブルなどがある場合、具体的な内容を記入してください。 ・家族等へ連絡したが不在だった場合は、その連絡した日時と手段を記入してください。 	
損害賠償の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・損害賠償等の「あり」、「なし」又は「その他」のいずれかにチェックをしてください。「あり」又は「その他」を選択した場合は、その詳細を具体的に記入してください。 ・「その他」に記入する場合として、家族や保険会社等と相談中の場合等が挙げられます。具体的に損害賠償等が決定したら、第口報又は最終報告で「あり」又は「なし」のいずれかを選択し、経過を記入してください。 	

7 事故の原因分析

項目名称	留意事項
事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)	<ul style="list-style-type: none"> ・発生した事故の原因を記入してください。 ・調査中の場合は空欄にせず、その旨を記入してください。 ・原因の特定が困難な場合も、空欄にせず推測される原因を記入してください。

8 再発防止策

項目名称	留意事項
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・事故の原因を踏まえ、実現可能な再発防止策を検討し、その結果を具体的に記入してください（何をどのように工夫し、改善を図るのか等）。 ・必要に応じて、介護計画などの見直しも行ってください（この場合は、何をどのように変更したのか等も記入してください）。 ・利用者が死亡した場合でも、他の利用者が、同じような事故に遭わないようにという再発防止の観点から記入してください。また、一見不可抗力と思われる事故（感染症等）であっても、事業所全体の体制を見直す等して、再発防止策を検討し記入してください。

9 その他特記すべき事項

項目名称	留意事項
その他特記すべき事項	事故報告の記入について、 上記1～8 までの項目以外で、特記すべき事項がある場合は記入してください。

3 第〇報及び最終報告の取扱いについて（取扱い要領第6条関連）

- (1) 最終報告は、対象となる事故におけるすべての受診、対応、賠償等の事故処理が終了した時点で提出してください（退院後も通院がある場合等は最終報告となりません）。
- (2) 事故処理が終了してない間に利用終了となっても、ご家族様等と連絡が可能な場合には、事故処理が終了したことを確認してから最終報告を提出してください。
- (3) 第〇報は、第1報から最終報告までの間にその事故について変化が生じた場合に提出してください（利用者が急変した場合や第1報提出後に家族とトラブルに発展した場合等）。

4 その他

- (1) 提出する前に、誤字脱字や記入内容に誤りがないかよく確認をしてください。また、時系列に誤りがないかも確認してください。
- (2) 入力の際は、行のずれや文字変換の誤り、文字が切れることなく正しく表示されているか等確認してください。
- (3) 記述内容には、誤りがないように正確に、不快感や誤解を招かれないよう作成願います。

【参考】

「足立区介護保険事業における事故発生時の報告取扱い要領」

「事故報告書提出の際の注意点」

「事故報告書」様式第1号及び第2号

〈上記のデータの閲覧方法〉

足立区公式ホームページ

(URL : <https://www.city.adachi.tokyo.jp/kaigo/jikohokoku.html>)

> 戸籍・税・保険 > 介護保険 > 介護保険関連事業所向け情報

> 介護サービス等の提供における事故報告について

問合せ先

介護保険課事業者指導係

電話 3880—5746（直通）

※あくまでも例示ですので、必要に応じて詳細を記入してください。

様式第1号(第4条関係)

記入例

事故報告書 (事業者→足立区)

(別紙)

※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 checked="" type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第__報	<input type="checkbox"/> 最終報告
---	-------------------------------	-------------------------------

提出日： 20××年 ×月 ×日

1事故状況	事故状況の程度	<input checked="" 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 死亡年月日	西暦	20××	年	×	月	×	日				
2事業所の概要	法人名	社会福祉法人 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
	事業所(施設)名	〇〇事務所					事業所番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
	サービス種別	短期入所生活介護					担当者名	〇〇 〇〇				
	所在地	足立区△△1-2-3					連絡先	03-××××-××××				
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名	〇〇 〇〇		年齢	86 歳		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性			
	サービス提供開始日	西暦	××××	年	×	月	×	日	保険者	〇〇区		
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他(△△区〇〇4-5-6)										
	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 checked="" 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 checked="" 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	20××	年	×	月	×	日	14	時	30	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 感染症() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 個人情報漏洩										
	発生日時状況、事故内容の詳細	【普段の様子】 〇〇様は施設内を歩かれていることが多い。歩行不安定で移動時はシルバーカーを使用しているが、認知症のためシルバーカーを忘れて歩かれることがあり、普段より見守りの実施と、シルバーカー使用の声掛けを行っていた。ショートステイの利用は2回目で、●/●~●/●まで利用を予定していた。 ×/× 14:30 職員が巡回中に、廊下にて〇〇様の後姿を発見する。その際、シルバーカーを使用はされていなかったため、お声を掛けようとお客の方へ向かっている時に、バランスを崩して左側から転倒される。すぐに職員が駆け寄り、〇〇様の状態を伺うと「転んじゃった。手が痛い。」との訴えがあり、看護職員に報告した。 14:35 看護師が駆け付け、全身の状態を確認(体温：●●.●℃、脈拍：●●、血圧●●●/●●)したところ、熱感・膨張は見られなかったが、左手に強い痛みとの訴えがあった。骨折の可能性があると看護師が判断し、救急要請を行った。 14:50 救急隊が到着し、〇〇病院へ搬送。 15:20 ご家族が病院に到着。 15:40 レントゲン検査の結果、左上腕骨近位端骨折と診断された。手術適用せず保存治療とするとのこと。骨折箇所を固定し、帰所。										
その他 特記すべき事項	※その他特記すべき事項があれば適宜記入してください。											

(R08.04.01Ver)

5 事 故 発 生 時 の 対 応	発生時の対応	転倒時、職員がすぐに駆け付けて本人の状態を伺う。本人より痛みの訴えがあったため、看護師に連絡。看護師到着後、全身の状態を確認。体温・脈拍・血圧異常はないが、左上腕部に熱感・膨張がみられたため、〇〇病院へ救急要請を行った。						
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応	<input checked="" 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	〇〇病院		連絡先(電話番号)	03-xxxxxx-xxxx		
	診断名	左上腕近位端骨折						
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷	<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼	<input checked="" type="checkbox"/> 骨折(部位: 左上腕部)	()			
	<input type="checkbox"/> その他 ()	()						
	検査、処置等の概要	レントゲン検査、ギプス固定						
6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況	時折、痛みの訴えあり。居室にて安静にしている。 センサーマットを設置し、何かあれば職員がすぐ駆け付けられるようにしている。						
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input checked="" type="checkbox"/> 子、子の配偶者	<input checked="" type="checkbox"/> その他 ()			
		報告年月日	西暦	20××	年	×	月	×
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input checked="" type="checkbox"/> 他の自治体	<input type="checkbox"/> 警察		<input type="checkbox"/> その他			
		自治体名 (△△区)	警察署名 ()		名称 ()			
本人、家族、関係先等への 連絡状況及び追加対応 予定	●/● 14:45 相談員よりキーパーソンである娘様に連絡し、事故の経緯と〇〇病院へ救急搬送する旨を伝える。 娘様より「すぐ向かいます。」とのことであったため、事業所職員と搬送先の〇〇病院で待ち合わせる事となった。 15:20 娘様と合流。改めて事故の経緯をご説明し、謝罪をする。 ●/● 損害賠償に関して、相談結果を電話にてお伝えする予定。							
損害賠償の有無(有・その他場合、詳細を記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (現在、保険会社と相談中。)					
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)							
	【本人要因】 ・シルバーカーを利用していなかった。 ・下肢筋力低下 【職員要因】 ・本人が利用しやすい位置にシルバーカーの設置ができていなかった。 【環境要因】 ・シルバーカーが本人の利用しやすい位置に配置できていなかった。							
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)							
	※事故の原因を踏まえ、実現可能な再発防止策を必ず記入してください。							
9 その他 特記すべき事項	※その他特記すべき事項があれば適宜記入してください。							

事故報告書提出要件簡易確認表

被害種別	要件
身体的被害	<ul style="list-style-type: none"> ●事故により死亡した場合 ●入院、手術、縫合、シーネ等による固定、注射(点滴等)等、医療機関で何らかの治療を受けた場合(保存療法を含む) ●利用者が自殺を図った場合(未遂を含む) <p>※身体的被害のうち、原因が病気や老衰の場合、事業所内で処置が終了した場合、医療機関を受診したが検査のみで治療がない又は処置が湿布の貼付やガーゼ保護のみ若しくは薬の処方のみの場合は、提出の必要はありません。誤薬の場合も同様です。</p>
経済的被害	<ul style="list-style-type: none"> ●事業所都合によりサービスが無断で不履行となった場合 ●従業者が利用者の私物を破損又は紛失し、苦情の申し立てを受けた場合
その他	<ul style="list-style-type: none"> ●感染症が発生した場合(インフルエンザ、感染性胃腸炎(ノロウイルス等)、レジオネラ症、疥癬、結核、食中毒、その他重篤化が予想される感染性疾患) ●発生した事故とサービス提供事業所との因果関係が不明確な場合 ●発生した事故に関して苦情の申し立てを受けた場合 ●利用者の個人情報をもれ洩した場合 ●事業者の送迎車に利用者が乗車している場合に交通事故が発生したとき。 ●従業者の付き添いなしで利用者が事業所の敷地から出た場合(離設) ●区が報告を求めた場合 <p>※利用者が関与しない場合(利用者が乗車しない車での交通事故等)は提出の必要はありません。</p>