2025年(令和7年)1月27日

介護保険事業所 管理者 様

藤沢市長 鈴木 恒夫
(公印省略)

介護保険事業者等における事故発生時の報告取扱いについて(通知)

日頃から、本市の介護保険事業の運営にご尽力を賜り、誠にありがとうございます。
ます。

この度、「藤沢市介護保険事業者等における事故発生時の報告取扱要領」を改正し、厚生労働省が定める標準様式に合わせ、「事故報告書」の様式を一部変更しました。また、報告の手順についても一部見直しを行いましたので、お知らせいたします。

なお、本通知の発出に伴い、次の通知については、廃止いたします。

- ・ 「介護保険事業者における事故発生時の報告取扱いについて(依頼)」
(2012年(平成24年)8月24日付通知)
- ・ 「介護保険事業所における事故発生時の報告取扱いについて」(2014年
(平成26年)12月18日付通知)
- ・ 「介護予防・日常生活支援サービス事業の開始に伴う事故報告書様式の変更について」(2016年(平成28年)10月1日付通知)

1 事故報告書の様式

- 事故報告書……別紙1のとおり
※厚生労働省が定める標準様式に基づき変更します。
- 対象者一覧表……別紙2のとおり
※食中毒、感染症又は疥癬が発生した場合に、提出が必要となります。

2 報告方法等

(1)電話での事故報告

一部の事故を除いて、電話での報告を不要とします。

<電話での報告が必要な場合>

- (1)利用者の死亡事故が発生した場合
- (2)食中毒、感染症又は疥癬が発生した場合
- (3)職員(従業者)の法令違反・不祥事等が発生した場合
- (4)その他の重大事故(警察等外部機関が関与し、事件化したもの、利用者等とトラブルが想定されるものなど)

(2)事故報告書の提出方法

原則、「事故報告書」の電子データ(Excel)を e-KANAGAWA 電子申請システムにより提出してください。

(e-KANAGAWA 電子申請システム)

https://dshinsei.e-kanagawa.lg.jp/142051-u/offer/offerList_detail?tempSeq=90645

※食中毒、感染症又は疥癬が発生した場合は、「事故報告書(別紙1)」と併せて、「対象者一覧表(別紙2)」を提出してください。

※電子申請が行えないやむを得ない理由がある場合は、紙媒体の事故報告書等を郵送又は持参により事務担当まで提出してください。

3 変更日

2025年(令和7年)2月1日報告分から

以 上

事務担当
介護保険課 企画・事業所担当
電話 0466-50-8270

事故報告書

(別紙1)

※第1報は、事故発生後、原則1週間以内に提出すること

※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

第1報 第__報

提出日： 年 月 日

1事故 状況	事故状況の程度	☐ 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 ☐ 入院 ☐ 死亡 ☐ 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						提出者氏名				電話番号			
	所在地	☐ 藤沢市内 ☐ 藤沢市外 ()												
3 対 象 者	氏名・年齢 被保険者番号・性別	氏名				年齢			被保険者 番号				性別	☐ 男性 ☐ 女性
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者					
	住所	☐ 事業所所在地と同じ ☐ その他 ()												
	身体状況	要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 事業対象者											
		認知症高齢者 日常生活自立度	☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ 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	☐ 居室(個室) ☐ 居室(多床室) ☐ トイレ ☐ 廊下 ☐ 食堂等共用部 ☐ 浴室・脱衣室 ☐ 機能訓練室 ☐ 施設敷地内の建物外 ☐ 敷地外 ☐ その他 ()												
		☐ 転倒 ☐ 誤薬・与薬もれ等 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 転落 ☐ 医療処置関連(チューブ抜去等) ☐ 不明 ☐ 誤嚥・窒息 ☐ 食中毒 ☐ その他 () ☐ 異食 ☐ 感染症 ()												
		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	☐ 施設内の医師(配置医含む)が対応 ☐ 受診(外来・往診) ☐ 救急搬送 ☐ 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	☐ 切傷・擦過傷 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ 骨折(部位:) ☐ 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	☐ 配偶者 ☐ 子、子の配偶者 ☐ 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)	☐ 他の自治体 ☐ 警察 ☐ 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									