

介護保険施設における事故報告について（通知） 新旧対照表

旧	新
<p style="text-align: right;">長第711号 平成19年 1月24日 (一部改正 令和3年7月28日)</p> <p>各介護保険施設の施設長 各指定居宅サービス事業所の管理者 } 様</p> <p style="text-align: right;">岩手県保健福祉部長</p> <p>介護保険施設における事故報告について（通知） (略)</p> <p>1 報告を要する事故等 (1) (略) (2) 事故報告書の様式について 事故報告書の様式は別紙のとおりであるので、これを活用するとともに、事故の内容に応じて、関係資料等を添付すること。 <u>※ 市町村（保険者）への提出は電子メールによることが望ましいが、他の方法による提出を妨げない。</u></p> <p><u>(3) 事故報告書の報告期限について</u> ア 第1報は、少なくとも別紙様式内の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すること。 イ その後、状況の変化等必要に応じて、追加の報告を行い、事故の原因分析や再発防止策等については、作成次第報告すること。</p> <p>2 (略)</p>	<p style="text-align: right;">長第711号 平成19年 1月24日 (一部改正 令和3年7月28日) <u>(一部改正 令和7年1月7日)</u></p> <p>各介護保険施設の施設長 各指定居宅サービス事業所の管理者 } 様</p> <p style="text-align: right;">岩手県保健福祉部長</p> <p>介護保険施設における事故報告について（通知） (略)</p> <p>1 報告を要する事故等 (1) (略) (2) 事故報告書の様式について 事故報告書の様式は別紙のとおりであるので、これを活用するとともに、事故の内容に応じて、関係資料等を添付すること。 <u>(3) 事故報告書の報告方法について 原則、電子メール等の電磁的方法により行うものとする。</u></p> <p><u>(4) 事故報告書の報告期限について</u> ア 第1報は、少なくとも別紙様式内の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すること。 イ その後、状況の変化等必要に応じて、追加の報告を行い、事故の原因分析や再発防止策等については、作成次第報告すること。</p> <p>2 (略)</p>

別紙【様式】

事故報告書 (事業者→ _____ 市・町・村 / 振興局保健福祉環境部・保健福祉環境センター)

※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

第1報 第 _____ 報 最終報告 提出日: 西暦 _____ 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"/>	<input type="checkbox"/>								
4事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日		時	分項(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 ()										
	事故の種類	<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											
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												

別紙【様式】

事故報告書 (事業者→ _____ 市・町・村 / 振興局保健福祉環境部・保健福祉環境センター)

※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

第1報 第 _____ 報 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"/>	<input type="checkbox"/>								
4事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日		時	分項(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 ()										
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> (自由記載3) _____ <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"/> (自由記載1) _____ <input type="checkbox"/> その他 () _____ <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> (自由記載2) _____										
	発生時状況、事故内容の詳細											
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						
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定	自治体名 ()	警察署名 ()	名称 ()				
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								

参考【報告経路図】(略)

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 checked="" 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						
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定 (独自項目追加欄)	自治体名 ()	警察署名 ()	名称 ()				
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								

参考【報告経路図】(略)

備考 改正部分は、下線の部分である。

附則 1 この通知は、令和7年1月7日から施行する。

2 この通知に定める様式は、この通知の施行の日以後に提出する事故報告について適用し、同日前に提出した報告については、なお、従前の例による。