

⑥介護現場におけるリスクマネジメントについて

県では、国による事故報告標準様式の見直し（令和6年11月29日付通知）に伴い、介護保険事業者等事故報告取扱要領および報告様式を改訂いたしました。

今後は、新様式（様式1）をご活用の上、電子メール等により保険者（市町村・広域連合）への報告をお願いいたします。

本要領は、介護保険法および関係省令に基づき、事故情報の収集・分析・共有を通じて、介護現場における事故防止や再発防止、および介護サービスの質向上を図ることを目的としています。事故発生時には、本要領に基づき適切な報告をお願いいたします。

また、事故から学び、組織全体で「防げる事故を確実に防ぐ」体制を構築できるよう、不断の取り組みをお願いいたします。

1. 報告の対象と範囲

事業者は、以下の事由に該当する場合、過失の有無に関わらず速やかに報告を行う義務があります。

- **サービス提供中の事故：**
送迎や通院中も含まれます。施設・入所サービスの場合、利用者が事業所内にいる間はすべて「サービス提供中」とみなされます。
- **負傷・死亡：**
医療機関を受診したものが対象です。これには、誤嚥（ごえん）、誤薬、異食による受診も含まれます。
- **対象者：**
利用者本人だけでなく、職員や第三者の負傷・死亡も報告対象です。
- **不祥事・行方不明：**
職員の法令違反（預り金の横領など）や、短時間であっても事業者が行方不明と判断したケースを含みます。
- **その他：**
施設内での盗難、個人情報の紛失、家族への報告が適切と判断される事案など。

2. 報告期限・報告先等

緊急度によって、報告の期限が異なりますのでご留意下さい。

報告の種類	期限・タイミング	報告先・方法
原則（通常）	事故発生後、5日以内	市町村等へ「様式1」を提出
緊急・重大	直ちに報告	市町村等へ電話、その後「様式1」を提出
即日報告が必要な例	事故発生当日（夜間・休日の場合は翌開庁日）	死亡・重篤、行方不明、警察の関与、トラブルの可能性

3. 「様式1」を活用した事故分析と再発防止

報告書の項目7・8は、再発防止の核心部分です。ここを具体的に記載することで、現場の改善に繋がります。

① 事故原因の多角的分析（項目7）

「不注意だった」で終わらせず、以下の3要素で分析します。

- **本人要因：**身体機能の変化、認知症の症状、当日の体調、心理状態。
- **職員要因：**知識・技術の不足、手順の不備、情報共有の漏れ、精神的ゆとりの欠如。
- **環境要因：**設備・備品の不具合、床の状態、照明の明るさ、時間帯による人員配置。

② 具体的な再発防止策（項目8）

再発防止に向けた「仕組み」の見直し等を記載します。

- **手順の変更：**
「声掛けを徹底する」ではなく「介助手順書に〇〇の確認項目を追加する」など。
- **環境の変更：**
「注意して歩いてもらう」ではなく「手すりを増設する、滑り止めマットを敷く」など。
- **評価の時期：**
対策が有効だったかを確認する「期限（評価時期）を設定する」など。

4. フィードバックと組織教育

報告書を提出して終わりにせず、事業所内で再発防止に向けて、以下を参考に現場へのフィードバック等を行って下さい。

- **カンファレンスの実施:**
発生時の状況（場所・時間・種別）を共有し、現場の意見を吸い上げる。
- **情報の見える化:**
事故の発生場所や種別（転倒、誤薬など）を集計し、施設の頻発事例等を把握する。
- **成功事例の共有:**
対策によって事故が減った事例を共有し、スタッフのモチベーションを高める。

徳島県 > 一般の方 > 健康・医療・福祉 > 高齢者福祉・介護

もっと見る(1件)

介護保険施設等における事故報告について（R7.5.7要領改正）

検索キーワードを入力

検索

ポスト

介護保険法に基づく運営基準及び養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（昭和41年7月1日厚生省令第19号）に基づく事故報告について、次のとおり事故報告要領を改正しましたので、事故発生時には当該要領に基づき、適切に事故報告を行って下さい。

○事故報告対象施設等

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院、短期入所生活介護、短期入所療養介護、通所介護（デイサービスセンター）、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、総合事業（通所型サービス）、居宅サービス、養護老人ホーム

※通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護は、宿泊サービスの提供により発生した事故についても報告すること。

※「対象施設等」には、「介護予防サービス」も含む。

○事故報告取扱要領・事故報告書



[徳島県介護保険事業者等事故報告取扱要領](#) (PDF:296 KB)



[様式1（事故報告書）](#) (Excel2007～:75 KB)

> よくある質問と回答

関連リンク

徳島県立総合看護学校
看護師・准看護師を目指すなら!

とくしま健康づくりネット

医療とくしま

医療情報
ネット

- ▶ [とくしま自殺予防センター](#)
- ▶ [とくしまはぐくみネット](#)
- ▶ [とくしま医師バンク](#)
- ▶ [徳島県病院局](#)
- ▶ [徳島県共同募金会](#)

お問い合わせはこちら

保健福祉部 長寿いきがい課 施設サービス指導担当・在宅サービス指導担当

電話番号：088-621-2182・2192

FAX番号：088-621-2840

メールアドレス：choujuikigaika@pref.tokushima.lg.jp

あわせて読みたい

このページを見た方が、よく見ているページはこちら

- ▶ [有料老人ホーム等における事故報告について（R7.5.7要領改正）](#)
- ▶ [令和6年度介護サービス事業者集団指導の実施について（資料掲載）](#)
- ▶ [【事業者向け情報】障がい福祉サービス事業者指定・届出等について（訪問系除く）](#)

事故報告書 (事業者→〇〇市(町村))

(様式1)

※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"/> 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 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 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		年		月		日		時		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 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 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											
	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	<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											

事故報告書 (事業者→〇〇市(町村))

(様式1)

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

提出日： 年 月 日

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 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									
	(独自項目追加欄)									
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										