

事故報告について

事故報告要件は下記のとおりです。該当する場合は事故報告書の提出をお願いしております。なお、住宅型有料老人ホーム等における事故については、佐賀県長寿社会課へも報告いただきますようお願いいたします。

I 報告を要する事故等

1. 報告の対象

介護サービス提供中に発生した事故（送迎、通院等の間も含まれます。）のうち、下記「2 報告の範囲」に含まれるものについて報告してください。なお、事業者の過失の有無は問いません。

2. 報告の範囲

(1)利用者のケガについて

転倒等に伴う利用者のケガの程度が、病院、診療所等の受診や入院加療になった場合報告してください。ただし、ケガ等はないが慎重を期すため受診したが、特に異常がなかった場合はこの限りではありません。

(2)誤嚥について

食事が喉に詰まる等により利用者を病院、診療所等へ搬送した場合報告してください。

(3)誤薬について

他人の薬を誤って服薬した、飲むべき薬を飲まなかった、薬の処方量を誤って服薬してしまった等について、服薬後の利用者の影響の有無に関わらず全て報告してください。

(4)食中毒、感染症及び結核について

サービス提供に関連して発生したと認められる場合に報告してください。感染症の場合で、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に定めるもののうち、1・2・3及び4類に該当する場合も報告してください。（インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症等が施設または事業所内にまん延する等の状態となった場合も含

みます。)

※関連する法に定める届出義務があるものは、これに従ってください。

【参考】

厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順

(平成 18 年 3 月 31 日厚生労働省告示第 268 号)

養護老人ホーム等の管理者等は、イからハまでに掲げる場合には、有症者等の人数、症状、対応状況等を市町村又は保健所に迅速に報告するとともに、市町村又は保健所からの指示を求めることその他の必要な措置を講じなければならないこと。

イ 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤な患者が 1 週間内に 2 名以上発生した場合

ロ 同一の有症者等が 10 名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

ハ イ及びロに掲げる場合のほか、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に管理者等が報告を必要と認めた場合

(5)従業者の違法行為、不祥事の発生について

利用者からの預り金の横領など利用者の処遇に影響があるものは報告してください。

(6)その他

事業者が報告の必要性を判断した場合も報告してください。また、利用者が病気等で死亡した場合でも、死因等に疑義が生じる可能性のある時は報告してください。

3. 報告の手順

(1)事故処理の区切りがついたところで、速やかに組合が指定する報告書を用いて報告してください。

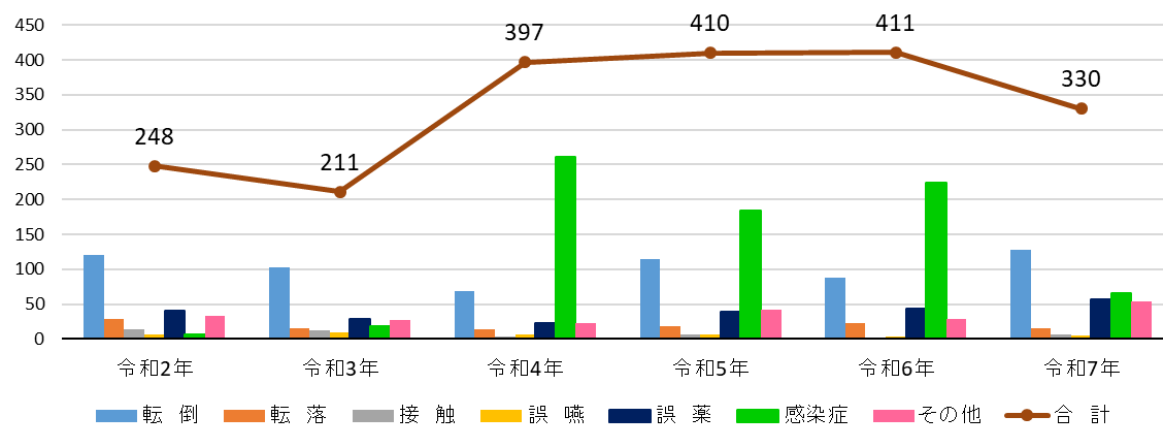
(2)利用者が組合以外の保険者に属する場合は、当該保険者にも報告してください。

(3)重大な事故等で組合に至急通知する必要がある時は、電話又は F A X で第一報をお願いします。事故処理の区切りがついたところで報告書を用いて報告してください。

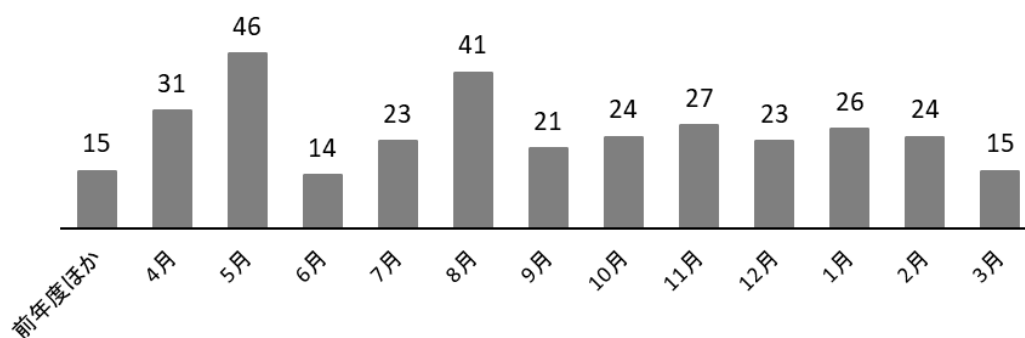
事故報告書の様式については、鳥栖地区広域市町村圏組合の HP に掲載しています。
鳥栖地区広域市町村圏組合 (https://tosu-kouiki.jp/for_jigyousyo/todokede/sonota/)
事業所の方 > 事業所の届出関係 > その他

Ⅱ 令和7年度事故報告の集計結果

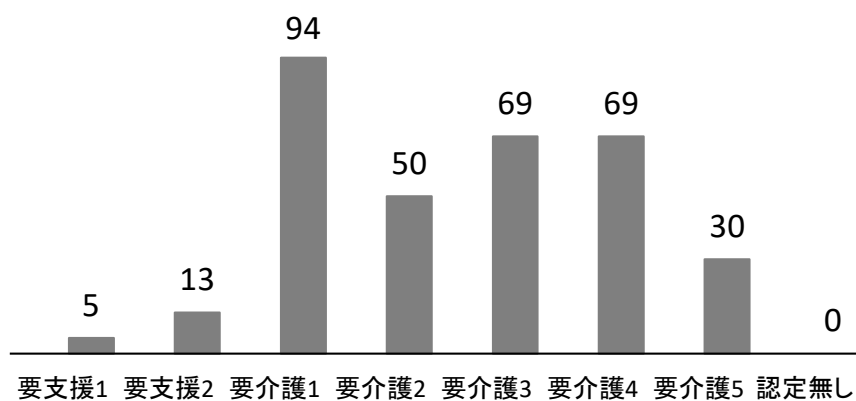
1. 事故報告件数の推移



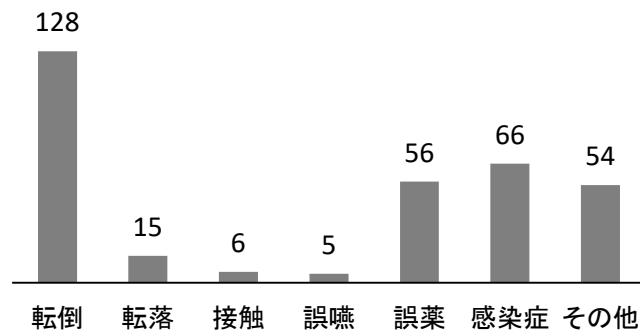
2. 事故発生月別件数



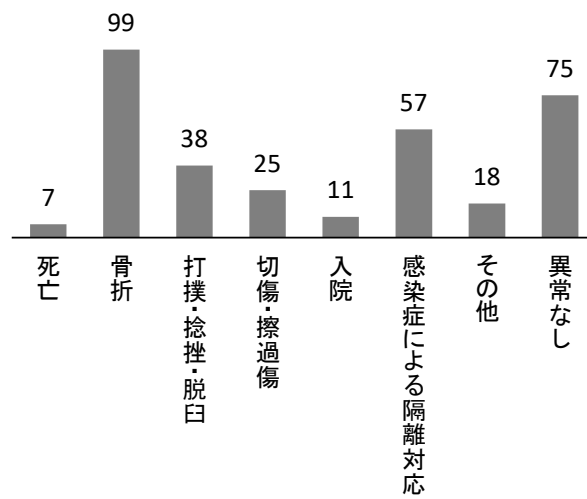
3. 要介護度別発生件数



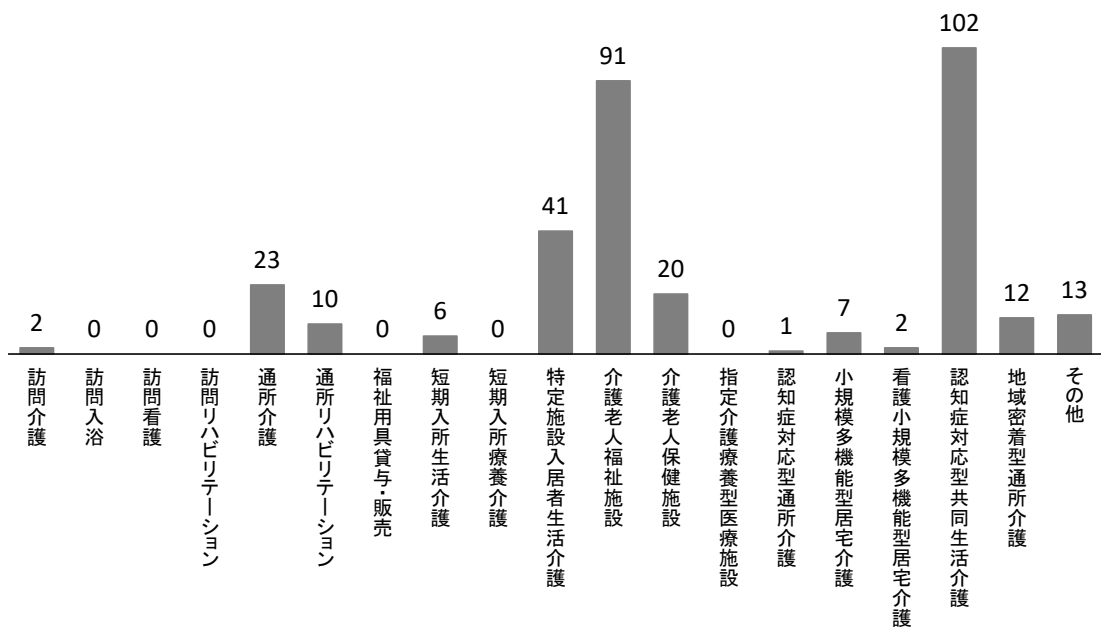
4. 事故の種別



5. 診断内容



6. サービス種別毎の発生件数



事故報告書（事業者→〇〇市（町村））

（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

☐ 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	☐ 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															
	所在地															
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			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 ☐ 自立												
		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（ ）														
	事故の種別	☐ 転倒 ☐ 誤薬、与薬もれ等 ☐ 職員の不祥事等 ☐ 転落 ☐ 医療処置関連（チューブ抜去等） ☐ 不明 ☐ 誤嚥・窒息 ☐ 交通事故 ☐ 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																