

令和7年度東近江市集団指導

事故報告について

地域密着型サービス

東近江市福祉部長寿福祉課

事故報告について

【事故報告の目的と意義】

事故報告の目的は責任追及ではありません。「介護事故を予防していくためには、リスクを可能な限り把握し、防ぐことのできる事故は未然に防いでいくこと」が重要です。

提出された「介護事故報告書」を事業所内でも活用し、事故に繋がった根本的要因を明らかにし、より安全なサービス提供体制を構築することが目的となります。



事故報告について

【事故発生時の報告について】

事故発生後、利用者の家族等及び担当ケアマネジャーに速やかに連絡するとともに、東近江市長寿福祉課へ**第1報**として「**介護保険事故報告書**」を提出してください。また、早急に報告が必要と判断した事例については、東近江市長寿福祉課に電話で御連絡をお願いします。

※電話での報告については**第1報ではありません。**
ご留意ください。

※介護サービス事業者は、利用者に対するサービスの提供により生じた事故を市町村（保険者）に報告することが**義務付け**られています。

事故報告書（事業者→東近江市）

※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
 ※選択状況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2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・住診)、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				電話番号						
	担当者										
3 対象者の概要	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()									
4 事故の概要	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	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
5 事故発生時の対応	発生日時	西暦	年	月	日	時	分	分項(24時間表記)			
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多居室) <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・更衣室 <input type="checkbox"/> 機能別居室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> 自宅(詳細) <input type="checkbox"/> その他()									
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤食 <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										
	その他 特記すべき事項										
	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・住診) <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										

事故報告について

【事故の報告様式等について】

介護保険施設等における事故報告の様式について、国が報告様式を示しております。

標準化による情報蓄積及び有効活用の観点から、可能な限り別紙様式での報告にご協力をお願いします。（市ホームページに掲載）

※第1報は、可能な限り詳細に記載し、事故発生後速やかに、**5日以内**に提出してください。

※事故後の対応等について調整中や無記入のまま続報がないケースが見受けられます。経過も含めた顛末について、報告書の再提出をお願いします。

事故報告書（事業者→東近江市）

※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
※選択状況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

提出日：西暦 年 月 日

第1報 第2報 最終報告

1 事故状況	事故状況の程度 死亡に至った場合 死亡年月日	<input type="checkbox"/> 受診(外来・住診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()
2 事業所の概要	法人名 事業所(施設)名 サービス種別 所在地	事業所番号 電話番号 担当者
3 対象者	氏名・年齢・性別 サービス提供開始日 住所	氏名 年齢 性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 西暦 年 月 日 保険者 <input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()
4 事故の概要	発生日時	西暦 年 月 日 時 分 (24時間表記)
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多居室) <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・更衣室 <input type="checkbox"/> 機能別居室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> 自宅(詳細) <input type="checkbox"/> その他 ()
5 事故発生時の対応	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤食 <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	
	その他 特記すべき事項	
	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・住診) <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	

事故報告について

【令和7年4月～令和8年2月末時点での介護保険事故件数（既報告のみ）】

サービス種別	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	合計
介護老人福祉施設	0	3	4	10	13	3	33
介護老人保健施設	0	4	4	5	2	1	16
認知症対応型共同生活介護	0	5	3	4	1	1	14
通所介護	1	2	1	2	4	0	10
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	0	1	0	5	1	2	9
短期入所生活介護	0	3	4	0	2	0	9
小規模多機能型居宅介護	0	0	1	1	1	0	3
認知症対応型通所介護	0	0	2	0	0	0	2
通所リハビリテーション	0	1	1	0	0	0	2
訪問入浴介護	0	0	0	0	1	0	1
合計	1	19	20	27	25	7	99