

事故等発生状況報告書の提出の徹底及び 事故発生（再発）防止について

1 事故報告の提出の徹底について

事故等発生状況報告書（以下、「事故報告書」という。）の提出については、従前より市ホームページ及び集団指導等において、報告の範囲等を周知しているところですが、運営指導等において、報告が必要となる事故が発生しているにも関わらず、報告書を提出していない事例が確認されています。

「旭川市社会福祉施設等における事故発生時の報告事務取扱要領」（以下、「取扱要領」という。）の一部を次に掲載しますので、事業所内での周知及び報告対象となる事故発生時における市への報告の徹底をお願いします。

●（報告の対象となる）事故等の区分

(1) 重大な事故等（取扱要領3(1)）

ア 入所者等の死亡事故（病気等によるものを除く）

※ 老衰や死因に疑義のない病死等の場合は報告の対象とはなりません。

イ 役員及び職員の不法行為（預り金着服・横領等）

ウ 入所者等に対する虐待（疑いを含む。）

エ 入所者等の不法行為

オ 入所者等の失踪又は行方不明（現在も捜索中のもの）

カ 火災であって消防機関に出動を要請したもの

キ その他の事項（入所者等の間での傷害事案等）

ク アからキ以外の事項で報道機関等に報道された事案又は報道される可能性のある事案

(2) その他の事故等（取扱要領3(2)）

ア 入所者等の骨折、打撲又は裂傷等で、医師（施設の勤務医、配置医を含む）の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となったもの

イ 入所者等の誤薬

※ 服薬漏れも含みます。必ずしも事業所等の責めに帰さない場合についても報告をしてください。

ウ 入所者等の誤飲、誤食又は誤嚥（軽微な場合を除く）

エ 入所者等の無断外出（見つかった場合に限り）

オ 入所者等が病気等（原因不明を含む）により死亡した場合で、死因等に疑義が生じた場合（警察の捜査、検死等の結果、病死等であることが確認されたものを除く）

カ 入所者等の交通事故等その他報告が必要と認められるもの

● 報告期限

(1) 重大な事故等（取扱要領3(1)）

直ちに電話等で連絡の上、事故等発生後又は発覚後5日以内に事故等発生状況報告書を提出してください。

(2) その他の事故等（取扱要領3(2)）

事故等発生後又は発覚後5日以内に事故等発生状況報告書を提出してください。

詳しくは旭川市ホームページ（事故報告関係）を御確認ください。

<https://www.city.asahikawa.hokkaido.jp/500/548/koureisya/sinseitodokede/p006043.html>

2 事故報告書の様式・提出フロー図について

- (1) 市の様式以外で提出される場合がありますので、市で作成している様式で提出をお願いします。
様式は旭川市ホームページに掲載しているほか、本資料の7ページ、8ページにも掲載しております。

なお、旭川市ホームページ（事故報告関係）は次のとおりです。

<https://www.city.asahikawa.hokkaido.jp/500/548/koureisya/sinseitodokede/p006043.html>

- (2) 事故報告書の提出について、報告が必要かどうか判断に迷う場合もあるかと思えます。
旭川市ではお問合せの多い事例について提出フローを作成しておりますので、提出に迷う場合などに御確認ください。
フロー図は本資料9ページ、10ページに掲載しております。

3 事故発生時の対応における留意点

救急車の要請を要した事故の発生時の対応において、例えば窒息の所見がある場合に、訪問看護事業所の看護師や主治の医師に連絡して指示を仰ぐなどして、救急車の要請の対応が遅れている事例が複数ありました。

生命に関わる所見の確認方法や緊急時対応の流れなど、具体的な整備が行えていない事業所については、事業所内で整備の上、全ての従業員間で共有いただき、事故発生時に対応の遅れが生じない体制を速やかに整備してください。

4 事故が発生後の対応における留意点

- (1) 利用者家族への報告

居宅サービス事業等の運営基準及び有料老人ホーム設置運営指導指針において、事故が発生した場合には、利用者又は入居者の家族に連絡することとされていますが、利用者又は入居者の家族への連絡や事故発生後の対応が不十分であったために、市へ相談や苦情が寄せられる例も複数生じています。
利用者の家族に対しても真摯な対応、丁寧な説明を心掛けてください。

- (2) 詳細な記録の整備

上記(1)に記載した基準等において、事故が発生した場合には、事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録することとされていますが、事故報告書の内容が具体的でないことや、事業所において事故に関する詳細な記録が作成されていない事例が散見されましたので、事故につながる可能性がある事案や実際の事故が発生した場合には、その内容及び対応の内容並びに今後における再発防止に係る取組を具体的に記録し、全ての従業員間で共有するとともに、その後も従業員がいつでも供覧できるよう保管してください。

- (3) 再発の防止

事故が発生した場合の再発防止策について、例えば「職員一同気を付けていく」、「職員のダブルチェックに努めていく」というような内容のものが散見されましたが、ダブルチェックを行うためのどのような体制を整備するのかなど、より実効性かつ確実性の高い具体的な再発防止策の検討及び実践を徹底してください。

5 事故等発生状況報告書受理件数の推移等

(1) 受理件数（報告数）の推移

年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
報告数	916件	899件	939件	962件	962件	903件

※ 各年度の報告数は受理日が当該年度であった報告を計上

※ 令和7年度は、令和7年1月末時点の報告数

※ 報告数は、取扱要領に基づき社会福祉施設等より報告のあった老人福祉法及び介護保険法関係の件数

(2) 令和7年度に受理した事故の概要

区 分		件 数	構成比	
事業所・ 役員関係	不適切な会計処理	0	0.0%	
	不法行為等	0	0.0%	
利用者 処遇に 関する ものの	虐待等	3	0.3%	
	無断外出等	23	2.5%	
	サービス 利用中 の事故	骨折	293	32.4%
		打撲	66	7.3%
		裂傷等	88	9.7%
		誤薬	391	43.3%
		誤飲等	4	0.5%
		誤嚥	13	1.5%
		その他	22	2.5%
	他害・自傷・自殺等	0	0.0%	
その他	0	0.0%		

※ 前年度比の算出に用いた前年度の構成比は、令和7年1月末時点の報告数9038件を分母とするものです。

(3) 事故報告の集計を踏まえた課題について

事故報告の全体に占める割合が最も高かったのは、前年度と同様に誤薬であり、報告数は391件と全体の43.3%を占めており、多い件数となっています。

全ての事業者において、改めて事業者で整備している服薬管理に係るマニュアルなどの内容を確認するとともに、必要に応じて見直しを行い、従業者間での共有を徹底いただくようお願いいたします。

また、服薬管理に係るマニュアル等を整備していない事業者におかれましては、必要に応じて、誤薬や投与漏れの発生を防ぐための実効性のある体制の再確認と整備をお願いいたします。

6 事故等発生状況報告書の作成上の留意点

事故等発生状況報告書 (事業者→旭川市)

※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

① 提出日： 令和 年 月 日

第1報 第 報 最終報告

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	令和		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	令和		年		月		日	保険者	③				
	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											
	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6 <input type="checkbox"/> 区分なし												
	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	⑤	令和		年		月		日		時	分	秒	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 ()												
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 死亡事故 <input type="checkbox"/> 不法行為 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 失踪・行方不明 <input type="checkbox"/> 誤業・与薬漏れ等 <input type="checkbox"/> 誤飲・誤食・異食 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ除去等) <input type="checkbox"/> 骨折・打撲・裂傷等 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 事件報道が行われた場合等 <input type="checkbox"/> 無断外出 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()												
	発生時状況、 事故内容の詳細	⑥												
	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	⑦												
	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	⑧												
	診断内容	⑨	[部位 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手手指 <input type="checkbox"/> 頭部顔面 <input type="checkbox"/> 脊椎、腰部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> その他 ()]											
	検査、処置等の概要													

③「保険者」

利用者の保険者市町村名を記載してください。

④「住所」

対象者の住所が事業所所在地と異なる場合は、「その他」にチェックし、() 内に住所を記載してください。

⑤「発生日時」

発生日時が不明の場合は、不明と記載してください。

⑥「発生日状況、事故内容の詳細」

事故の内容、対象者の状況及び事故が発生した環境面の状況、事故発生までの経過及び事故直後の経過などについて、時系列を明確にして詳細に記載してください。

⑦「発生時の対応」

事故発生時の従業員の対応について、処置等の内容、対応を行った従業員の職、連携した相手方や連携の内容などについて、時系列を明確にして詳細に記載してください。

⑧「診断名」

医師から診断名がつかなかった場合は、事業所として把握している怪我等の内容(どこの部位のどんな怪我等)を記載してください。

⑨「診断内容」

- 怪我の種類だけでなく、部位にもチェックをしてください。
- 「その他」にチェックした場合は、() 内に詳細を記載してください。

⑩「利用者の状況」

事故発生後の対象者の状況、関係者の対応内容を含めた対象者が置かれている状況等を、時系列を明確にし、総合的かつ詳細に記載してください。

⑪「事故の原因分析」

事故が発生した原因について、対象者の個人的な因子のみでなく、事業所・施設において当該対象者に対する事故防止のために不足していた支援体制及び環境調整に重点を置いて、原因を分析した結果を詳細に記載してください。

⑫「再発防止策」

再発防止のために行ったことや、今後どのような対策を行って再発防止に努めるのかということについて、単に「職員に周知を行う」などではなく、具体性かつ実効性があり、再発の防止を確実に図れると考えられる対策を検討の上、記載してください。

⑬ 重大な事故の場合は、1 から 4 までの資料を併せて提出してください。

なお、資料の準備等により提出が事故報告書の提出期限に間に合わない場合は、まずは所定の期間内に事故等発生状況報告書を提出し、後日、追加で当該資料を提出してください。

※ 「その他」を選択した場合は、() に必ず内容を記載してください。

事故等発生状況報告書（事業者→旭川市）

※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： 令和 _____ 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	令和		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	令和		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									
	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6 <input type="checkbox"/> 区分なし										
	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	令和		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"/> 死亡事故 <input type="checkbox"/> 不法行為 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 失踪・行方不明 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬漏れ等 <input type="checkbox"/> 誤飲・誤食・異食 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連（チューブ除去等） <input type="checkbox"/> 骨折・打撲・裂傷等 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 事件報道が行われた場合等 <input type="checkbox"/> 無断外出 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 (_____)										
	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 <input type="checkbox"/> その他 (_____) [部位 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手足指 <input type="checkbox"/> 頭部顔面 <input type="checkbox"/> 脊椎、腰部 <input type="checkbox"/> 胸部 <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"/> 親 <input type="checkbox"/> その他 ()							
		報告年月日	令和		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										
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										

※重大な事故の場合については、

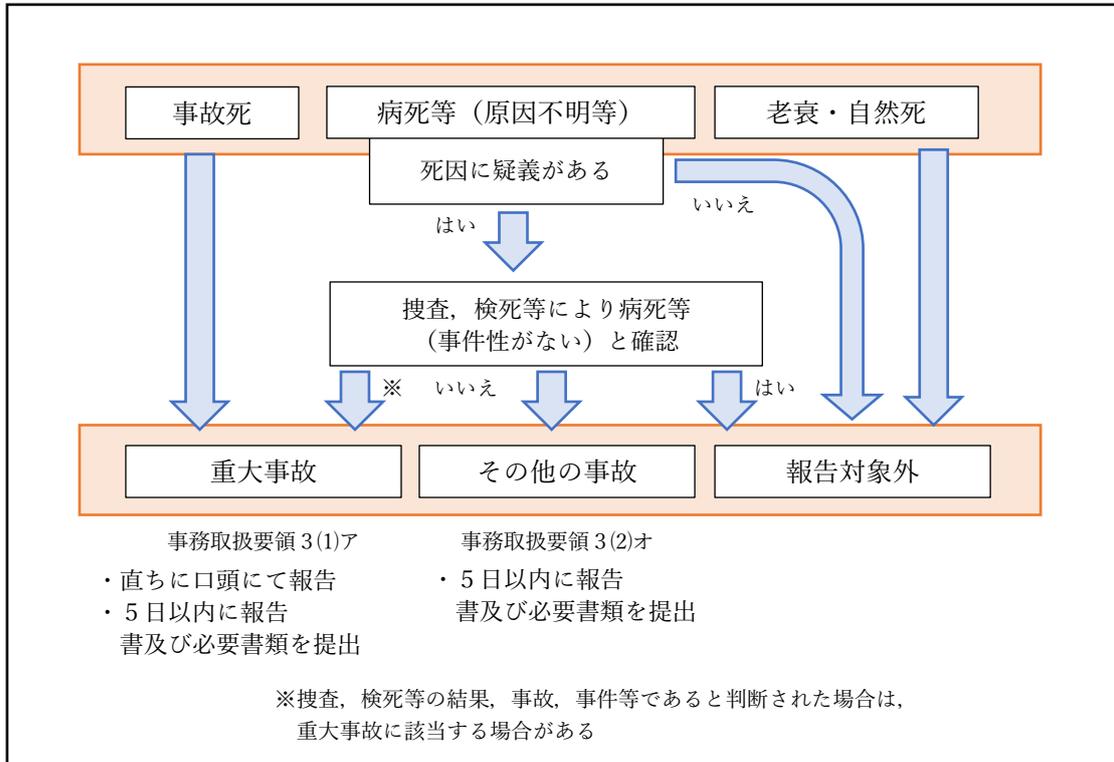
- 1 入所者等のケアプラン、支援計画及びアセスメント表等入所者等の状況がわかるもの
- 2 事故発生時の現場見取り図
- 3 法人内部及び施設等において事故の対応を協議した会議録
- 4 食事に関する事故等については入所者等の栄養計画を添付すること。

旭川市使用欄 (事業者の記載は不要)	事故の種類	事業所 役員関係	不適切な会計処理		A1	
			不法行為等		A2	
		利用者 処遇に 関する もの	虐待等	虐待等		B1
				無断外出等		B2
			サービス 利用中の 事故等	骨折		C1
				部位		
				打撲		C2
				部位		
				裂傷等		C3
				部位		
				誤薬		C4
			誤飲誤食		C5	
		誤嚥		C6		
		重症化				
その他		C7				
他害・自傷・自殺等						
その他						

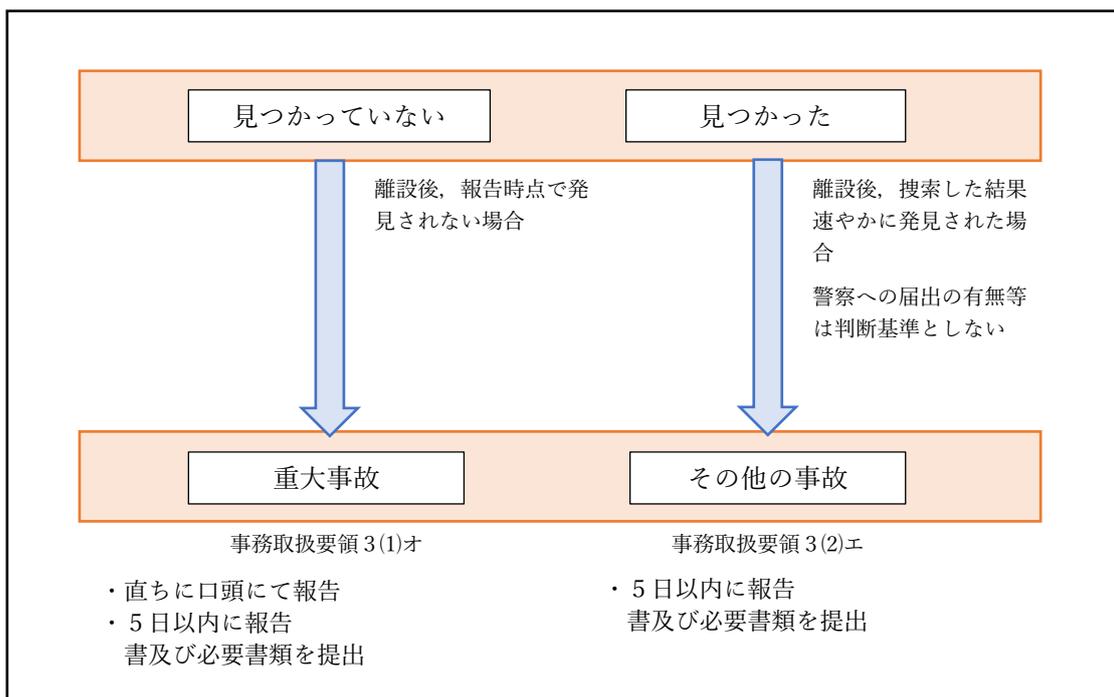
旭川市社会福祉施設等における事故発生時の報告事務取扱要領
 事故等発生状況報告書 提出フロー図

要領3「報告の範囲等」において定める、複数の報告区分に該当する事故等の報告方法は次のとおり。

1 入所者等の死亡の場合



2 入居者等の行方不明



3 入居者等の骨折、打撲又は裂傷等

