

電子申請版 介護保険事業者等事故報告書 操作方法及び記入例



さいたま市福祉局長寿応援部介護保険課

(1) 表紙	1 ページ
(2) 目次	2 ページ
(3) 申込画面	3 ページ
(4) 事故報告書入力画面	4 ページ
(5) ファイル添付手順(事故発生時の詳細図にファイルを添付する場合)	13 ページ
(6) 内容確認画面	14 ページ
(7) 完了画面	16 ページ
(8) PDF出力画面	17 ページ
(9) 事故報告書の受理状況の確認手順及び内容修正手順	
① 利用者登録及びログインした上で事故報告書を提出した場合	19 ページ
② 利用者登録及びログインをせずに事故報告書を提出した場合	21 ページ

※記載例が旧レイアウトとなっておりますが、申請上支障はございません。

手続き申込

手続き選択をする

メールアドレスの確認

内容を入力する

申し込みをする

申込

選択中の手続き名：介護保険事業者等事故報告書

問合せ先
+開く

事故報告書記載例

事故報告の入力方法等が分からない場合は以下のPDFファイルをダウンロードしてご覧ください。

事故報告書記載例（電子申請版）.pdf

https://www.city.saitama.jp/005/001/018/001/p043157_d/fil/kisaireidensi.pdf

1. 報告回数
必須

今回が何回目の報告となるのか選択してください。第2報目以降は「第○報」と入力してください。終報を兼ねる場合は、報告回数と終報の両方にチェックをいれてください。電話連絡等による報告は報告回数に含めないでください。

☒ 初報

☐ 第2報以降

☐ 終報

2. 法人代表者が内容を確認した日
必須

法人代表者がこの報告内容を確認した日を入力してください。（※代表者印の省略に伴い追加した項目です。）

令和
3
年
1
月
8
日

一、運営法人の概要

1. 法人名
必須

法人名を入力してください。

さいたま市介護保険課株式会社

2-1. 郵便番号
必須

申請者（法人）の郵便番号を入力してください。

郵便番号
3309588
住所検索

2-2. 住所
必須

申請者（法人）の住所を入力してください。

住所
埼玉県さいたま市浦和区常盤6-4-4

3-1. 代表者職種
必須

申請者（法人）の代表者の職種を入力してください。

代表取締役

3-2. 代表者氏名
必須

申請者（法人）の代表者の氏名を入力してください。

氏
さいたま
名
太郎

二、事業所の概要

1. 事業所名
必須

事故等が発生した介護サービス事業所の名称を入力してください。（指定を受けている事業所名）

老人ホームさいたま介護ホーム

2. 事業所番号
必須

10ケタの事業所番号を半角数字で入力してください。10ケタの事業所番号がない場合は0（ゼロ）を10ケタ入力してください。

第2報かつ終報の場合は、
☐ 初報
☒ 第2報以降
[第2報]
☒ 終報
となります。

電子申請による報告の場合、仮報告はありません。
必ず法人に報告してください。

こちらには運営法人の情報を入力してください。
事業所の情報ではありません。

郵便番号を入力した後に、
[住所検索] をクリックすると
「2-2. 住所」に途中まで住所が入力されます。

こちらには事業所の情報を入力してください。
運営法人の情報ではありません。

- 1 -
- 4 -

1176500000

3-1. 郵便番号 必須

事業所の郵便番号を入力してください。

郵便番号 3309588 住所検索

3-2. 住所 必須

事業所の住所を入力してください。

住所 埼玉県さいたま市浦和区常盤6-4-4

4. サービス種類 必須

次から事業所のサービス種類を選択してください。

☐ 訪問介護
☐ 訪問入浴介護
☐ 訪問看護
☐ 訪問リハビリテーション
☐ 居宅療養管理指導
☐ 通所介護
☐ 通所リハビリテーション
☐ 短期入所生活介護
☐ 短期入所療養介護
☒ 特定施設入居者生活介護
☐ 福祉用具貸与
☐ 特定福祉用具販売
☐ 居宅介護支援
☐ 介護老人福祉施設
☐ 介護老人保健施設
☐ 介護療養型医療施設
☐ 介護医療院
☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
☐ 夜間対応型訪問介護
☐ 地域密着型通所介護
☐ 認知症対応型通所介護
☐ 小規模多機能型居宅介護
☐ 認知症対応型共同生活介護
☐ 地域密着型特定施設入居者生活介護
☐ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
☐ 看護小規模多機能型居宅介護
☐ 介護予防支援
☐ 第1号事業訪問型サービス
☐ 第1号事業通所型サービス
☐ 住宅型有料老人ホーム
☐ サービス付き高齢者向け住宅
☐ その他

郵便番号を入力した後に、
[住所検索]をクリックすると
「3-2. 住所」に途中まで住所が入力されます。

該当するサービスが複数ある場合は、
該当するサービスすべてを選択してください。

＜例＞
☒ 特定施設入居者生活介護
☒ サービス付き高齢者向け住宅

5-1. 電話番号（連絡先） 必須

担当者につながる電話番号を半角数字で入力してください。

電話番号 048-829-1265

5-2. FAX番号

FAX番号を半角数字で入力してください。

電話番号 048-829-1981

6-1. 記載者職種 必須

記載者の職種を入力してください。

管理者

6-2. 記載者氏名 必須

記載者の氏名を入力してください。

氏 かいこ 名 花子

三、対象者の概要

1. 対象者氏名 必須

対象者の氏名を入力してください。
感染症等に関する報告であって、感染症等の複数対象者記載用.xlsxを添付される場合は、別添のとおり記載してください。

氏 ほけん 名 次郎

2. 年齢 必須

対象者の年齢を半角数字で入力してください。
年齢が不明である場合は、0（ゼロ）を3つ入力してください。

88

3. 被保険者番号 必須

対象者の被保険者番号を半角数字で入力してください。被保険者番号がない又は分からない場合は0（ゼロ）を10ケタ入力してください。

1111111111

4. 保険者 必須

対象者の保険者を入力してください。

さいたま市

5. 住所 必須

対象者の住所を入力してください。住所が分からない場合は不明と入力してください。

埼玉県さいたま市浦和区常盤6-4-4

6. サービス提供開始日

対象者にサービスの提供を開始した年月日を入力してください。分からない場合は入力不要です。

令和 1 年 7 月 1 日

7. 要介護度 必須

要介護度を選択してください。
区分変更申請中の場合は、申請前の区分と区分変更申請中の2つを選択してください。

- ☐ 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
☐ 区分変更申請中
☐ その他

8. 感染症等に関する報告における対象者情報 添付ファイル

感染症等に関する報告であり、対象者が複数いる場合は対象者情報を入力した上で、Excelファイルを添付してください。

Excelファイルは以下のURLからダウンロードしてください。
感染症等の複数対象者記載用.xlsx
https://www.city.saitama.jp/005/001/018/001/p043157_d/fil/hukusuuataisyousya.xlsx

感染症に関する報告であって、「感染症等の複数対象者記載用.xlsx」を「8. 感染症等に関する報告における対象者情報」に添付する場合は、以下のように入力及び選択してください。

■三、対象者の情報

- 対象者氏名
氏[別添のとおり] 名[別添のとおり]
- 年齢
[000]
- 被保険者番号
[0000000000]
- 保険者
[別添のとおり]
- 住所
[別添のとおり]
- サービス提供開始日
記入不要
- 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
☐ 区分変更申請中
☒ その他
[別添のとおり]

添付方法については13ページ「(5)ファイル添付手順(事故発生時の詳細図にファイルを添付する場合)」をご参考ください。

四、事故の概要

1-1. 事故発生日時について 必須

事故発生日時について、次の中から選択してください。

- ☒ 事故発生日時が分かっている → 1-2を回答
☐ 事故発生日のみ分かっている(時刻不明) → 1-3を回答
☐ 事故発生日時が不明である → 1-4を回答
☐ その他 → 1-4を回答

1-2. 事故発生日時 選択肢の結果によって入力条件が変わります

「1-1. 事故発生日時について」において「事故発生日時が分かっている」を選択した方のお答えください。
事故が発生した年月日及び時刻を入力してください。時刻は24時間制で入力してください。

【例】 令和2年4月1日18時34分
令和 3 年 1 月 5 日 10 時 00 分

1-3. 事故発生日 選択肢の結果によって入力条件が変わります

「1-1. 事故発生日時について」において「事故発生日のみ分かっている(時刻不明)」を選択した方のお答えください。
事故が発生した年月日を入力してください。

選択した回答の矢印の先の質問にのみ回答してください。

<例>
☑事故発生日のみ分かっている(時刻不明)→1-3を回答の場合は、
1-2. 事故発生日時
1-4. 事故発生日時が不明等の場合には回答せず、
1-3. 事故発生日のみ回答してください。

24時間制です。
夜の10時の場合は、
[22]時[00]分と入力してください。

▼ 年 月 日

1-4. 事故発生日時が不明等の場合 選択肢の結果によって入力条件が変わります

「1-1. 事故発生日時について」において「事故発生日時が不明である」又は「その他」を選択した方のみお答えください。
事故発生日時がおおよそ分かっている場合はその日時を入力してください。
「その他」を選択した場合は、選択した理由等を入力してください。

2. 発生場所 必須

居室○○号室、○階△△室等詳細に記入してください。

3. 事故の内容 必須

事故の内容に当てはまるものを次から選択してください。（複数選択可）

- ☒ 転倒
- ☐ 転落
- ☐ 異食・誤えん
- ☐ 誤薬・落薬・与薬もれ
- ☐ 食中毒
- ☐ 医療処置（カテーテル抜去等）
- ☐ 機具の法令違反、不祥事
- ☐ 感染症（結核・インフルエンザ等）
- ☐ その他

4. 死亡に至った場合はその死亡年月日

▼ 年 月 日

五、事故発生時の対応

1. 治療した医療機関 必須

受診・治療を行った医療機関名を入力してください。

2. 事故の結果 必須

- ☒ 骨折
- ☐ 打撲・擦挫・脱臼
- ☐ 切傷・擦過傷・裂傷
- ☐ 感染症の発症
- ☐ 火傷
- ☐ アレルギー症状
- ☐ その他

3-1. 診断結果の内容 必須

診断結果の詳細を入力してください。

入力文字数：13/200

3-2. 診断の結果状況 必須

- ☒ 入院
- ☐ 通院
- ☐ 要観察
- ☐ その他

3-3. 治療期間を入力してください。 必須

治療期間（医師の診断もしくは症状発生から症状固定までの期間）を入力してください。

例：7日間、14日間、1か月以上経過

※死亡、施設など治療期間に該当しない場合は「-」を記入する事

令和5年8月追加箇所

4. 連絡済の関係機関 必須

利用者の家族等も含みます。
いつ、誰に、どのように（方法）連絡をしたか等を入力してください。

ご家族（長男）

入力文字数：7/200

「六、事故発生時の状況」の「1-1. 事故発生時の状況」において、いつ、どのようにに連絡したのかが分かる場合はいつ、どのようにについては省略可能です。ただし、誰に連絡したかについては記載してください。

六、事故発生後の状況・経緯**1-1. 事故発生時の状況 必須**

日時や経過が分かるように時系列で入力してください。事故発生時の状況は、事故発生前にご利用者の状況を確認した時点等、発生前の状況、事故への対応方法、病院名等がわかるように入力してください。

【例】

4 / 1

9 : 5 0 ○○様が朝食を召し上がり終える。
10 : 0 0 居室に戻る際、ふらつきがあり職員が駆けつけるが、間に合わずそのまま前方に倒れこんでしまう。
10 : 0 5 看護士によるバイタルチェック、応急処置としてアイシング対応。
10 : 1 0 痛みの訴えが強いため、協力医療機関に連絡。救急搬送の指示を受ける。
10 : 2 0 キーパーソン長男様に転倒により救急搬送させていただきご連絡。「よろしくお願ひします」とのお言葉をいただく。
10 : 2 5 救急車が到着し、△△病院へ搬送となる。
13 : 3 0 右手首骨折、右膝蓋骨骨折と診断され、そのまま入院となる。

1 / 5
9 : 5 0 はげん様が朝食を召し上がり終える。
10 : 0 0 居室に戻る際、ふらつきがあり職員が駆けつけるが、間に合わずそのまま前方に倒れこんでしまう。
10 : 0 5 看護士によるバイタルチェック、応急処置としてアイシング対応。
10 : 1 0 痛みの訴えが強いため、協力医療機関に連絡。救急搬送の指示を受ける。
10 : 2 0 キーパーソン長男様に転倒により救急搬送させていただきご連絡。「よろしくお願ひします」とのお言葉をいただく。
10 : 2 5 救急車が到着し、△△病院へ搬送となる。
13 : 3 0 右手首骨折、右膝蓋骨骨折と診断され、そのまま入院となる。

入力文字数：285/ 2000

時系列で流れが分かるように入力してください。
職員等の事故への対処方法も入力してください。

「1-2. 事故発生時の状況(添付ファイル用)」に事故発生時の状況が時系列に記載されたファイルを添付し、「1-1. 事故発生時の状況」に入力する内容がない場合は、「別添のとおりに」と入力してください。

1-2. 事故発生時の状況（添付ファイル用）

添付ファイル

事故発生時の状況に関して添付情報がある場合は、こちらにファイルをアップロードしてください。

2. 事故発生時の詳細図

添付ファイル

事故発生時の状況に関して添付情報（図や写真等にて分かりやすく説明したファイル）がある場合は、こちらにファイルをアップロードしてください。
（R4.4.22より添付必須ではなくなりました。）
最大添付容量：20MB
転倒時の様子-写真.pdf

添付方法については
13ページ「(5)ファイル添付手順(事故発生時の詳細図にファイルを添付する場合)」をご確認ください。

必要に応じて添付してください。(R4.4.22変更)

3. 損害賠償等の状況 必須

損害賠償等の状況を次から選択してください。その他の場合は、詳細も入力してください。

☒ 賠償済（予定）

☐ 賠償なし

☐ その他

七、事故の原因及び対応策**1. 事故発生の原因の因子 必須**

事故が発生した原因に当てはまるものを次から選択してください。（複数選択可）

☒ 本人要因

☒ 介助者要因

☒ 環境要因

☐ その他

☐ 不明

→ 2-1-1、2-1-2、2-2を回答

→ 3-1-1、3-1-2、3-2を回答

→ 4-1-1、4-1-2、4-2を回答

→ 5-1、5-2を回答

→ 5-1、5-2を回答

2-1-1. 原因の因子・本人要因

選択肢の結果によって入力条件が変わります

「1. 事故発生の原因の因子」で「本人要因」を選択された方は、事故発生の原因に当てはまるものを次から選択してください。（複数選択可）

☐ 疾病

☒ 機能低下

☐ 姿勢筋力

選択した回答の矢印の先の質問にのみ回答してください。

<例>

☒ 本人要因

☐ 介助者要因

☐ 環境要因

☒ その他

☐ 不明

と回答した場合は、

2-1-1. 原因の因子・本人要因

2-1-2. 原因の詳細・本人要因

2-2. 「原因の詳細・本人要因」への対応策

5-1. 原因の詳細・その他・不明

5-2. 「原因の詳細・その他・不明」への対応策

のみ回答してください。

- ☐ その他

2-1-2. 原因の詳細・本人要因 選択肢の結果によって入力条件が変わります

「1. 事故発生の原因の因子」で「本人要因」を選択した方のみお答えください。
「2-1-1. 原因の因子・本人要因」において当てはまると選択した原因の詳細や理由等を入力してください。

ほけん様は前日にあまり体調がすぐれなかったため、早く居室に戻りたいという気持ちが先走り、もつれる形で転倒してしまいました。

入力文字数： 59/ 1000

2-2. 「原因の詳細・本人要因」への対応策 選択肢の結果によって入力条件が変わります

「1. 事故発生の原因の因子」で「本人要因」を選択した場合は入力してください。
「2-1-2. 原因の詳細・本人要因」に記入したことに対する対応策を具体的に入力してください。
対応策は、「見守りを強化する」等の曖昧な表記は避け、「見守り頻度を1時間に1回から30分に1回とする」等、具体的に記入してください。

入居者様に対し、体調がすぐれない場合は、無理をせず職員に申し出いただくようお願いする。
事業所で内部検討会を実施し、自立で歩行できる入居者様に対するケアの方法について話し合う。
3ヶ月を目安に上記事項についてフォローアップを行い、再発防止策が実施されているかリーダーがチェックする。

入力文字数： 145/ 1000

対応策は事業所として同様の事故が起こらないように具体的に入力してください。
「2-1-2. 原因の詳細・本人要因」
に入力した内容の対策となるようにしてください。

3-1-1. 原因の因子・介助者要因 選択肢の結果によって入力条件が変わります

「1. 事故発生の原因の因子」で「介助者要因」を選んだ場合のみ、事故発生の原因に当てはまるものを次から選択してください。（複数選択可）

- ☐ アセスメント不足
- ☒ 情報共有不足
- ☒ 観察・見守り不足
- ☐ 安全確認不足
- ☐ 不適切な介護
- ☐ 介助手順が守られていない
- ☐ 介助者の人数不足
- ☐ その他

3-1-2. 原因の詳細・介助者要因 選択肢の結果によって入力条件が変わります

「1. 事故発生の原因の因子」で「介助者要因」を選択した方のみお答えください。
「3-1-1. 原因の因子・介助者要因」にて当てはまると選択したものの詳細や理由等を入力してください。

普段はふらつきなく自立歩行される方であったため、転倒されないだろうという思い込みがあった。
ほけん様の体調について注意深く観察できていなかった。
事業所として自立歩行される方に対する見守り体制が不十分であった。

入力文字数： 107/ 1000

3-2. 「原因の詳細・介助者要因」への対応策 選択肢の結果によって入力条件が変わります

「1. 事故発生の原因の因子」で「介助者要因」を選択した場合は入力してください。
 「3-1-2. 原因の詳細・介助者要因」に記入した事項に対する対応策を具体的に入力してください。
 対応策は、「見守りを強化する」等の曖昧な表記は避け、「見守り頻度を1時間に1回から30分に1回とする」等、具体的に記入してください。

自立歩行される方についても注意深く見守りを行う。
 特に日々の体調の変化に注意し、体調がすぐれない入居者様については、声掛けの上、近くで見守り・介助を行う。
 本件を受けて夜勤職員と日勤職員間の申し送り手順を再度周知した。

入力文字数： 111/ 1000

対応策は事業所として同様の事故が起こらないように具体的に入力してください。
 「3-1-2. 原因の詳細・介助者要因」
 に入力した内容の対策となるようにしてください。

4-1-1. 原因の因子・環境要因 選択肢の結果によって入力条件が変わります

「1. 事故発生の原因の因子」において「環境要因」を選択した場合は、事故発生の原因に当てはまるものを次から選択してください。（複数選択可）

- ☐ 設備の不備
☐ 器具の不備
☐ 整理整頓不足
☐ 管理の不備
☒ 設置場所の問題
☐ その他

4-1-2. 原因の詳細・環境要因 選択肢の結果によって入力条件が変わります

「1. 事故発生の原因の因子」で「環境要因」を選択した方のみお答えください。
 「4-1-2. 原因の因子・環境要因」において当てはまると選択した事項の詳細や理由等を入力してください。

ほけん様が着座していた机・椅子の配置について、見守りを行う職員から見えづらい位置にあり、ふらつきの発見が遅れた。

入力文字数： 56/ 1000

4-2. 「原因の詳細・環境要因」への対応策 選択肢の結果によって入力条件が変わります

「1. 事故発生の原因の因子」で「環境要因」を選択した場合は入力してください。
 「4-1-2. 原因の詳細・環境要因」に記入したものにに対する対応策を具体的に入力してください。
 対応策は、「家具の位置変更を検討する」等の曖昧な表記は避け、「棚を元々配置していた場所より窓側に配置する」等、具体的に記入してください。

机の位置を事故発生時の詳細図の位置から、見守りを行う職員から見やすいように窓側に移動した。
 他にも同ような事例がないか検討を行う。
 （検討の結果、見守りにくい場所があったため椅子の位置を変更した。）

入力文字数： 104/ 1000

対応策は事業所として同様の事故が起こらないように具体的に入力してください。
 「4-1-2. 原因の詳細・環境要因」
 に入力した内容の対策となるようにしてください。

5-1. 原因の詳細・その他・不明 選択肢の結果によって入力条件が変わります

「1. 事故発生の原因の因子」において「その他」又は「不明」を選択した方は詳細や理由について入力してください。

原因が不明の場合は、
 原因となった可能性のある事柄を入力してください。

入力文字数: 0 / 1000

5-2. 「原因の詳細・その他・不明」への対応策 選択結果によって入力条件が変わります

「事故発生の原因の因子」で「その他」又は「不明」を選択した場合は入力してください。
「原因の詳細・その他・不明」に記入した原因に対する対応策を具体的に記入してください。

入力文字数: 0 / 1000

対応策は事業所として同様の事故が起こらないように具体的に記入してください。
「5-1. 原因の詳細・その他・不明」に記入した内容の対策となるようにしてください。

八、職員への周知方法等

1. 周知の方法 必須

職員への周知の方法を次から選択してください。（複数選択可）

- ☒ 申し送りノート
- ☒ 電子媒体を用いた方法（メール等）
- ☒ カンファレンス、職員会議
- ☒ 朝礼、その他申し送り
- ☒ その他

内部検討会議の開催

2. 周知の対象者 必須

誰に本件の事故について周知をしたのかを入力してください。

事業所内の全職員、法人内の事業所に事故事例としてメールで周知を行った。

3. 周知の完了日

令和 3 年 1 月 8 日

4. 対応策の完了日

令和 3 年 1 月 8 日

九、その他

1. その他報告事項

上記の他に市に報告すべき事項がある場合は入力してください。

1/20退院後に帰院予定。退院前に医療機関へADLの状態を確認し、1/19にカンファレンスを実施予定。

入力文字数: 51 / 1000

2. 添付書類 添付ファイル

添付書類等がある場合はこちらにアップロードしてください。

添付方法については
13ページ「(5)ファイル添付手順(事故発生時の詳細図にファイルを添付する場合)」をご確認ください。

■ 十、連絡先メールアドレス 必須

担当者の連絡先メールアドレスを入力してください。ご入力いただきましたメールアドレスに本件事故報告に関する受理通知及び修正依頼等を送らせていただきます。

メールアドレス

確認へ進む >

メールアドレスを間違えないように注意してください。

介護保険課から正常に受理したことを伝える通知や修正依頼等を送ることがあります。
事故報告書を入力した担当者に繋がるメールアドレスを入力してください。

入力が終わりましたら[確認へ進む]をクリックしてください。
入力必須の質問に答えていない場合は確認画面に進むことができません。

入力必須の質問を答えていない状態で、[確認へ進む]をクリックした場合は、下の図のように入力等されていない質問が黄色になります。

入力中のデータを一時保存・読み込み

【申込データ一時保存、再読み込み時の注意事項】

- ・添付ファイルは一時保存されません。再読み込み後は、必要に応じて、ファイルを添付し直してください。
- ・パソコンに一時保存した申込データはパソコンで閲覧・加筆・修正することはできません。
- ・システムに読み込む場合は一時保存した手続きの画面でしか読み込めませんので、ご注意ください

「入力中のデータを保存する」では申込みの手続きが完了しておりませんのでご注意ください。

※入力中の申込データをパソコンに一時保存します。

📁 入力中のデータを保存する

※一時保存した申込データを再度読み込みます。

📁 保存データの読み込み

対象者の年齢を半角数字で入力してください。
年齢が不明である場合は、0（ゼロ）を3つ入力してください。

3. 被保険者番号 必須

▲ 3. 被保険者番号は入力必須項目です。

対象者の被保険者番号を半角数字で入力してください。被保険者番号がない又は分からない場合は0（ゼロ）を10ケタ入力してください。

4. 保険者 必須

対象者の保険者を入力してください。

2-2. 「原因の詳細・本人要回」への対応策 選択結果によって入力条件が変わります

▲ 以下の選択を行っている場合は、入力必須です。

▲ ・1. 事故発生の原因の因子で、【本人要回】 → 2-1-1, 2-1-2, 2-2を選択

【1. 事故発生の原因の因子】で「本人要回」を選択した場合は入力してください。

【2-1-2. 原因の詳細・本人要回】に記入したことに対する対応策を具体的に記入してください。

対応策は、「見守りを強化する」等の具体的な表記は避け、「見守り頻度を1時間1回から30分に1回とする」等、具体的に記入してください。

入力文字数： 0/ 1000

3-1-1. 原因の因子・介助者要回 選択結果によって入力条件が変わります

【1. 事故発生の原因の因子】で「介助者要回」を選んだ場合のみ、事故発生の原因に当てはまるものを次から選択してください。
（複数選択可）

1-2. 事故発生時の状況 (添付ファイル) 添付ファイル

事故発生時の状況に関して添付情報がある場合は、こちらにファイルをアップロードしてください。

2. 事故発生時の詳細図 添付ファイル

①[添付ファイル]をクリックしてください。

事故発生時の状況に関して添付情報（図や写真等にて分かりやすく説明したファイル）がある場合は、こちらにファイルをアップロードしてください。

（R4.4.22より添付必須ではなくなりました。）

最大添付容量：20MB

3. 損害賠償等の状況 必須

損害賠償等の状況を次から選択してください。その他の場合は、詳細も入力してください。



添付ファイル選択

申込に必要な添付ファイルを選択してください。

- ・【参照】をクリックして対象ファイルを選択後、【添付する】をクリックすると添付されます。
- ・添付ファイルが複数ある場合は、同じ操作を繰り返してください。
- ・全てのファイルを添付し終わったら、【入力に戻る】をクリックしてください。

手続き名 介護保険事業者等事故報告書

項目名 2. 事故発生時の詳細図

添付できるファイル数 10

添付ファイル

②添付したいファイルを選択してください。

ファイルを選択してください

添付する

③[添付する]をクリックすると
選択した添付ファイルが添付されます。

参照...

< 入力に戻る

問題なく添付されている場合は、
下の図のように添付ファイル名が記載されています。

添付ファイル

ファイルを選択してください

添付する

参照...

添付結果

転倒時の様子—写真.pdf

削除

< 入力に戻る

④完了

1-2. 事故発生時の状況 (添付ファイル) 添付ファイル

事故発生時の状況に関して添付情報がある場合は、こちらにファイルをアップロードしてください。

2. 事故発生時の詳細図 添付ファイル

事故発生時の状況に関して添付情報（図や写真等にて分かりやすく説明したファイル）がある場合は、こちらにファイルをアップロードしてください。

（R4.4.22より添付必須ではなくなりました。）

最大添付容量：20MB

転倒時の様子—写真.pdf

3. 損害賠償等の状況 必須

損害賠償等の状況を次から選択してください。その他の場合は、詳細も入力してください。

手続き申込

手続き選択をする

メールアドレスの確認

内容を入力する

申し込みをする

申込確認

介護保険事業者等事故報告書

事故報告書記載例

1. 報告回数

初報

2. 法人代表者が内容を確認した日

令和3年1月8日

一、運営法人の概要

1. 法人名

さいたま介護保険株式会社

2-1. 郵便番号

330-9588

2-2. 住所

埼玉県さいたま市浦和区常盤6-4-4

3-1. 代表者職種

代表取締役

3-2. 代表者氏名

さいたま 太郎

二、事業所の概要

1. 事業所名

老人ホームさいたま介護ホーム

2. 事業所番号

1176500000

3-1. 郵便番号

330-9588

3-2. 住所

埼玉県さいたま市浦和区常盤6-4-4

4. サービス種類

特定施設入居者生活介護

5-1. 電話番号（連絡先）

048-829-1265

5-2. FAX番号

048-829-1981

6-1. 記載者職種

管理者

6-2. 記載者氏名

かいご 花子

三、対象者の概要

1. 対象者氏名

ほげん 次郎

2. 年齢

88

3. 被保険者番号

1111111111

4. 保険者

さいたま市

5. 住所

埼玉県さいたま市浦和区常盤6-4-4

6. サービス提供開始日

令和元年7月1日

7. 要介護度

要介護2

8. 感染症等に関する報告における対象者情報

四、事故の概要

1-1. 事故発生日時について

事故発生日時が分かっている → 1-2を回答

1-2. 事故発生日時

令和3年1月5日 10時00分

1-3. 事故発生日

1-4. 事故発生日時が不明等の場合

2. 発生場所

施設2階共同生活室

3. 事故の内容

転倒

4. 死亡に至った場合はその死亡年月日

五、事故発生時の対応

1. 治療した医療機関

△△病院

2. 事故の結果

骨折

3-1. 診断結果の内容

右手首骨折
右膝関節脱臼

	右膝蓋骨骨折
3-2. 診断の結果状況	入院
3-3. 治療期間	7日間
4. 連絡済の関係機関	ご家族（長男）

六、事故発生後の状況・経緯

1-1. 事故発生時の状況	1 / 5 9 : 5 0 ほけん様が朝食を召し上がり終える。 1 0 : 0 0 居室に戻る際、ふらつきがあり職員が駆けつけるが、間に合わずそのまま前方に倒れこんでしまう。 1 0 : 0 5 看護師によるバイタルチェック、応急処置としてアイシング対応。 1 0 : 1 0 痛みの訴えが強いため、協力医療機関に連絡。救急搬送の指示を受ける。 1 0 : 2 0 キーパーソン長男様に転倒により救急搬送させていただく旨連絡。「よろしくお願ひします」とのお言葉をいただく。 1 0 : 2 5 救急車が到着し、△△病院へ搬送となる。 1 3 : 3 0 右手首骨折、右膝蓋骨骨折と診断され、そのまま入院となる。
1-2. 事故発生時の状況 (添付ファイル用)	
2. 事故発生時の詳細図	転倒時の様子一写真.pdf
3. 損害賠償等の状況	賠償済（予定）

七、事故の原因及び対応策

2-1-1. 原因の因子・本人要因	機能低下
2-1-2. 原因の詳細・本人要因	ほけん様は前日にあまり体調がすぐれなかったため、早く居室に戻りたいという気持ちが先走り、もつれる形で転倒してしまった。
2-2. 「原因の詳細・本人要因」への対応策	入居者様に対し、体調がすぐれない場合は、無理をせず職員に申し出ていただくようお願いする。 事業所で内部検討会を実施し、自立で歩行できる入居者様に対するケアの方法について話し合う。3ヶ月を目安に上記事項についてフォローアップを行い、再発防止策が実施されているかリーダーがチェックする。
3-1-1. 原因の因子・介助者要因	情報共有不足、観察・見守り不足
3-1-2. 原因の詳細・介助者要因	普段はふらつきなく自立歩行される方であったため、転倒されないだろうという思い込みがあった。 ほけん様の体調について注意深く観察できていなかった。 事業所として自立歩行される方に対する見守り体制が不十分であった。
3-2. 「原因の詳細・介助者要因」への対応策	自立歩行される方についても注意深く見守りを行う。 特に日々の体調の変化に注意し、体調がすぐれない入居者様については、声掛けの上、近くで見守り・介助を行う。 本件を受けて夜勤職員と日勤職員間の申し送り手順を再度周知した。
4-1-1. 原因の因子・環境要因	設置場所の問題
4-1-2. 原因の詳細・環境要因	ほけん様が着座していた机・椅子の配置について、見守りを行う職員から見えづらい位置にあり、ふらつきの発見が遅れた。
4-2. 「原因の詳細・環境要因」への対応策	机の位置を事故発生時の詳細図の位置から、見守りを行う職員から見えやすいように窓側に移動した。 他にも同じような事例がないか検討を行う。 (検討の結果、見守りにくい場所があったため椅子の位置を変更した。)

5-1. 原因の詳細・その他・不明	
5-2. 「原因の詳細・その他・不明」への対応策	

八、職員への周知方法等

1. 周知の方法	申し送りノート、電子媒体を用いた方法（メール等）、カンファレンス、職員会議、朝礼、その他申し送り、その他(内部検討会議の開催)
2. 周知の対象者	事業所内の全職員、法人内の事業所に事故事例としてメールで周知を行った。
3. 周知の完了日	令和3年1月8日
4. 対応策の完了日	令和3年1月8日

九、その他

1. その他報告事項	1/20退院後に帰院予定。退院前に医療機関へADLの状態を確認し、1/19にカンファレンスを実施予定。
2. 添付書類	

■ 十、連絡先メールアドレス	kaigo-hoken@city.saitama.lg.jp
----------------	--------------------------------

内容に誤りがないことが確認できましたら、
[申込む] をクリックしてください。

※PDFファイルは一度印刷してから提出してください。

[PDFプレビュー]をクリックすると
事故報告書をPDF化することができます。
PDFファイルは保存してから開くようにしてください。
※PDF化された事故報告書は17ページ18ページのとおりです。

手続き申込

 手続き選択をする	 メールアドレスの確認	 内容を入力する	 申し込みをする
--	--	---	---

申込完了

介護保険事業者等事故報告書の手続きの申込を受付しました。

下記の整理番号 とパスワード を記載したメールを送信しました。

メールアドレスが誤っていたり、フィルタ等を設定されている場合、
メールが届かない可能性があります。

整理番号	0000000000
パスワード	*****

利用者登録及びログインをせず
事故報告書を提出された方は、
整理番号とパスワードを控えておいてください。

整理番号 とパスワードは、今後申込状況を確認する際に必要となる大切な番号です。
特にパスワードは他人に知られないように保管してください。

なお、内容に不備がある場合は別途メール、または、お電話にてご連絡を差し上げる事があります。

< 一覧へ戻る

※PDFファイルは一度パソコンに保存してから開くようにしてください。

PDFプレビュー

[PDFプレビュー]をクリックすると
事故報告書をPDF化することができます。
PDFファイルは保存してから開くようにしてください。
※PDF化された事故報告書は17ページ18ページのとおりです。

※整理番号やパスワードを忘れてしまった場合※

事故報告書の修正や受理状況の確認等が行えなくなります。その際は介護保険課までご連絡ください。
内容確認後、再発行したパスワードを事故報告書に記載の連絡先メールアドレスあてに通知いたします。
連絡先メールアドレスが間違っている場合は対応できかねますのでご注意ください。

さいたま市 電子申請・届出サービス

ログアウト
利用者情報

①ログインしてください。

②[申込内容照会]をクリックするとこの画面に移動します。
※「予約内容照会」と表示されている場合は、左上の「電子申請」をクリックしてください。「申込内容照会」が表示されます。

予約手続き 申込団体選択 申請書ダウンロード
> 手続き申込 > **申込内容照会** > 委任内容照会

申込内容照会

申込一覧

キーワードで探す

整理番号 手続き名
 申込日 カレンダー ~ カレンダー
 入力例) 2000年1月23日は20000123と入力

2021年01月10日 14時00分 現在

並び替え 申込日時 降順 表示数変更 20件ずつ表示

1

③ログインして提出した事故報告書がすべて表示されます。修正を行いたい事故報告書の[詳細]をクリックしてください。

整理番号	手続き名	問い合わせ先	申込日時	処理状況	操作
0000000000	介護保険事業者等事故報告書	介護保険課 事業者係	2021年01月10日10時	返却中	詳細>

1

提出した事故報告書の受理状況はこちらで確認できます。

さいたま市 電子申請・届出サービス

ログイン
利用者登録

予約手続き 申込団体選択 申請書ダウンロード
> 手続き申込 > **申込内容照会** > 職員署名検証

申込内容照会

申込詳細

申込内容を確認してください。

手続き名	介護保険事業者等事故報告書
整理番号	0000000000
処理状況	返却中
処理履歴	2021年1月10日13時0分 返却 2021年1月10日11時0分 申込

伝達事項

日時	内容
伝達事項はありません。	

申込内容

事故報告書記載例

1. 報告回数	初報
2. 法人代表者が内容を確認した日	令和3年1月8日

一、運営法人の概要

1. 法人名	さいたま市介護保険課株式会社
2-1. 郵便番号	330-9588
2-2. 住所	埼玉県さいたま市浦和区常盤6-4-4
3-1. 代表者職種	代表取締役

※ 代表者氏名

さいたま市 太郎

※ 代表者氏名

2020年12月01日

九、その他

1. その他報告事項	1/20退院後に帰院予定。退院前に医療機関へADLの状態を確認し、1/19にカンファレンスを実施予定。
2. 添付書類	

■ 十、連絡先メールアドレス
kaigo-hoken@city.saitama.lg.jp

※確認後、必ずブラウザを閉じてください。
※申込んだ内容を修正する場合は、【修正する】ボタンを選択してください。

④【修正する】をクリックし、
事故報告書の情報を修正してください。

< 申込書へ戻る

再申込する >

修正する >

取下げを依頼する >

PDFファイルを出力する

⑤修正後、[確認へ進む]をクリックすると、
下の画面に移動します。

さいたま市 電子申請・届出サービス

ログイン
利用者登録

予約手続き 申請団体選択 申請書ダウンロード

> 手続き申込 > 申込内容照会 > 照会結果確認

申込内容照会

申込変更確認

以下の内容で修正してよろしいですか？

手続き名	介護保険申請書等申請報告書
整理番号	0000000000
処理状況	返却中
処理履歴	2021年1月10日13時0分 返却 2021年1月10日11時0分 申込

申込内容

事故報告書記載例

※ 代表者氏名

太郎

1. その他報告事項	1/20退院後に帰院予定。退院前に医療機関へADLの状態を確認し、1/19にカンファレンスを実施予定。
2. 添付書類	

■ 十、連絡先メールアドレス
kaigo-hoken@city.saitama.lg.jp

< 入力へ戻る

修正する >

⑥【修正する】をクリックすると、修正されます。

さいたま市 電子申請・届出サービス

ログイン
利用登録

予約手続き 申請団体選択 申請書ダウンロード

手続き申込 申込内容照会 職責署名検証

①[申込内容照会]をクリックするとこの画面に移動します。
※[予約内容照会]と表示されている場合は、左上の[電子申請]をクリックしてください。
[申込内容照会]が表示されます。

申込内容照会

整理番号を入力してください

0000000000

申込完了画面、通知メールに記載された整理番号をご入力ください。

パスワードを入力してください

●●●●●●●●

申込完了画面、通知メールに記載されたパスワードをご入力ください。

整理番号は半角数字、パスワードは半角英数字（英字：大文字・小文字）で入力して下さい。
前後にスペースが入ると正しく認識されず、照会できませんのでご注意ください。

ログイン後に申込を行われた方は、ログインしていただくと、整理番号やパスワードを使用せずに照会できます。

照会する >

さいたま市 電子申請・届出サービス

ログイン
利用登録

予約手続き 申請団体選択 申請書ダウンロード

手続き申込 申込内容照会 職責署名検証

申込内容照会

申込詳細

申込内容を確認してください。

手続き名	介護保険事業者等事故報告書
整理番号	0000000000
処理状況	返却中
処理履歴	2021年1月10日13時0分 返却 2021年1月10日11時0分 申込

提出した事故報告書の受理状況はこちらで確認できます。

伝達事項

日時	内容
伝達事項はありません。	

申込内容 申込内容印刷

事故報告書記載例

1. 報告回数	初報
2. 法人代表者が内容を確認した日	令和3年1月8日

一、運営法人の概要

1. 法人名	さいたま市介護保険課株式会社
2-1. 郵便番号	330-9588

2-2. 住所	埼玉県さいたま市浦和区常盤6-4-4
3-1. 代表者職種	代表取締役
3-2. 代表者氏名	さいたま 太郎
4. 事故報告書提出日	令和3年1月9日

九、その他

1. その他報告事項	1/20退院後に帰院予定。退院前に医療機関へADLの状態を確認し、1/19にカンファレンスを実施予定。
2. 添付書類	

■ 十、連絡先メールアドレス
kaigo-hoken@city.saitama.lg.jp

※確認後、必ずブラウザを閉じてください。
※申請した内容を修正する場合は、【修正する】ボタンを選択してください。

※PDFファイルは、一度ブラウザに保存してから開くようにしてください。

③[修正する]をクリックし、事故報告書の情報を修正してください。

④修正後、[確認へ進む]をクリックすると、下の画面に移動します。

さいたま市 電子申請・届出サービス

ログイン

利用者登録

予約手続き

申請団体選択

申請書ダウンロード

＞ 手続き申込

＞ 申込内容照会

＞ 職員署名検証

申込内容照会

申込変更確認

以下の内容で修正してよろしいですか？

手続名	介護保険事業者等事故報告書
整理番号	0000000000
処理状況	返却中
処理履歴	2021年1月10日13時0分 返却 2021年1月10日11時0分 申込

申込内容

事故報告書記載例

1. 報告回数	初報
2. 法人代表者が内容を確認	令和3年1月8日
3. 周知の完了日	令和3年1月8日
4. 対応策の完了日	令和3年1月8日

九、その他

1. その他報告事項	1/20退院後に帰院予定。退院前に医療機関へADLの状態を確認し、1/19にカンファレンスを実施予定。
2. 添付書類	

■ 十、連絡先メールアドレス
kaigo-hoken@city.saitama.lg.jp

⑤[修正する]をクリックすると、修正されます。

《本件に関するお問い合わせ先》

さいたま市福祉局長寿応援部介護保険課事業者係

T E L 048-829-1265

F A X 048-829-1981

