各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各　介　護　保　険　関　係　団　体　　御中
←　厚生労働省 高齢者支援課・認知症施策・地域介護推進課・老人保健課

介　護　保　険　最　新　情　報

今回の内容

介護現場において事故が発生した際の報告について

計５枚（本紙を除く）

Vol.１５４８

令和８年 10 月 21 日

厚　生　労　働　省　老　健　局

高齢者支援課・認知症施策・地域介護推進課・老人保健課

貴関係諸団体に速やかに送信いただきますようよろしくお願いいたします。

連絡先　TEL：03-5253-1111　(内線3971、3972)
FAX：03-3595-3670

事　務　連　絡
令和８年10月21日

各都道府県介護保険担当課（室）
各区町村介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体　　御中

厚生労働省老健局　高　齢　者　支　援　課
認知症施策・地域介護推進課
老　人　保　健　課

介護現場において事故が発生した際の報告について

介護保険行政の円滑な実施につきましては、日頃から御尽力賜り、厚く御礼申し上げます。

介護現場において事故が発生した際の事故報告の標準的な様式については、「介護保険施設等における事故の報告様式等について」（令和６年11月29日付け高老発1129第１号老認発1129第１号老老発1129第１号厚生労働省老健局高齢者支援課長・認知症施策・地域介護推進課長・老人保健課長通知）によりお示ししています。

今般、介護保険制度の見直しに関する意見（令和７年12月25日社会保障審議会介護保険部会）において「全国レベルで必要な情報の収集や分析を行い、収集した事故情報を基に傾向の把握及び原因分析を行い、事故発生の防止に有用な情報を介護現場にフィードバックすることが必要である。」とされました。こうした意見を踏まえ、全国的な事故防止のＰＤＣＡサイクルの構築のため、事故報告の一元的なシステム「介護現場における事故情報報告システム」（以下「報告システム」という。）を介護サービス情報公表システムのサブシステムとして構築し、令和９年４月頃からの稼働を予定しています。

報告システムの稼働に際しては報告内容の統一が必要であることから、別紙のとおり報告様式の見直し案を作成しました。各都道府県・市区町村におかれては、ご了知の上、貴管内の介護事業所、関係団体、関係機関等に対して周知をお願いいたします。なお、報告様式について、その内容については現在も調整中ですが、報告システムが稼働した後は当該様式の内容が報告システムの入力フォームに反映される予定であること、また、令和９年度からの事務の便宜に資するため、現時点の案としてお示しするものであることを申し添えます。

また、報告システムには各自治体担当部局のご連絡先を掲載する予定ですので、その情報提供のご依頼については別途事務連絡等でご連絡いたします。

新

事故報告書　（事業者→○○市（町村））

※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：　yyyy年mm月dd日

↓以下、選択式の設問については　該当するものを　■　にする

1 受診状況	医療機関への受診状況	☐ 受診(外来･往診)、自施設で処置　☐ 入院　☐ 死亡　☐ その他　（　）							
2 事業所の概要	法人名				法人番号				
	事業所（施設）名				事業所番号				
	サービス種別（介護予防含む）				室数		定員		
	所在地（市区町村まで）	都・道・府・県　市・区・町・村							
3 利用者	年齢・性別	年齢		性別	☐ 男性　☐ 女性				
	サービス提供開始年月	yyyy年mm月		保険者					
	住所	☐ 事業所所在地と同じ　☐ その他（市区町村まで）　（　）							
	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
		障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	☐ J ほぼ自立	☐ A 屋内自立(介助により外出可)	☐ B 要介助 座位保持可能	☐ C 全介助 寝たきり			
		認知症高齢者日常生活自立度	☐ I	☐ IIa	☐ IIb	☐ IIIa	☐ IIIb	☐ IV	☐ M
4 事故の概要	発生年月と時間帯	年月	yyyy年mm月	時間帯		頃（2時間ごと）			
	発生場所	☐ 居室（個室）　☐ 居室（多床室）　☐ トイレ　☐ 廊下 ☐ 食堂（ダイニング兼リビング）　☐ 浴室・脱衣室　☐ 機能訓練室　☐ 医務室、健康管理室 ☐ 共有スペース（リビング等）　☐ 洗面所　☐ 洗濯室　☐ エレベーター ☐ 玄関　☐ 施設敷地内の建物外　☐ 敷地外　☐ 階段 ☐ 車両（乗降時含む）　☐ その他（　）							
	事故の種別	☐ 転倒　☐ 異食、誤飲　☐ 強打、圧迫 ☐ 転落　☐ 誤薬、与薬もれ等　☐ 誤嚥・窒息 ☐ 所在不明　☐ 医療処置関連（チューブ抜去等）　☐ 火傷 ☐ 溺水　☐ 熱中症　☐ 自傷行為 ☐ 利用者間トラブル　☐ その他（　）							
	事故発生前の利用者の状況・状態	（事故発生前の利用者の心身の状態（普段の様子との違い、疲労度や眠気等）を記入すること）							
	発生時の状況、事故内容の詳細と発生時の対応	時間	発生時の状況と対応						
		hh:mm							
		hh:mm							
		hh:mm							
		hh:mm							
		hh:mm							
		hh:mm							
		hh:mm							
		hh:mm							
		hh:mm							
		hh:mm							
	その他特記すべき事項								

旧

事故報告書　（事業者→○○市（町村））

※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	☐ IIa	☐ IIb	☐ IIIa	☐ IIIb	☐ 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　☐ （自由記載３） ☐ 転落　☐ 医療処置関連（チューブ抜去等）　☐ 不明 ☐ 誤嚥・窒息　☐ （自由記載１）　☐ その他（　） ☐ 異食　☐ （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										

新

5 医療対応の概要	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	
	診断名		
	診断内容	□ 切傷・剥離　□ 捻挫・脱臼　□ 骨折　（部位：　） □ 気道閉塞　□ 熱傷　□ 死亡　□ その他（　）	
6 事故発生後の状況	家族等への報告	報告した家族等の続柄	□ 配偶者　□ 子または子の配偶者　□ その他（　）
	連絡した関係機関（連絡した場合のみ）	□ 他の自治体 自治体名（　）	□ 警察 警察署名（　） □ その他 名称（　）
	本人、家族、関係先等への追加対応（あれば）		
	※死亡に至った場合 死亡年月	yyyy年mm月	
7 事故の原因分析	事故の分類	□ 利用者の日常生活動作中に発生した事故	□ 介助中等、職員が関与した事故
	（事故発生に起因する要素のある観点についてチェックをして記入）※複数選択可	□ ケア利用者の行為や状態変化　□ 組織運営体制　□ マニュアル、手順 □ 環境、設備　□ 介護技術　□ 職員間の連携、情報共有 □ その他	
	ケア利用者の行為や状態変化		
	組織運営体制		
	マニュアル、手順		
	環境、設備		
	介護技術		
	職員間の連携、情報共有		
	その他		
8 再発防止策	（再発防止策として取り組む事項を記載すること）		
	ケア利用者の行為や状態変化		
	組織運営体制		
	マニュアル、手順		
	環境、設備		
	介護技術		
	職員間の連携、情報共有		
	その他		
9 その他 特記すべき事項（あれば）			

旧

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 自治体名（　）	□ 警察 警察署名（　）	□ その他 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									

改正案

事故報告書　（事業者→○○市（町村））

※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：　yyyy年mm月dd日

↓以下、選択式の設問については　該当するものを　■　にする

1 受診状況	医療機関への受診状況	□ 受診(外来･往診)、自施設で処置　□ 入院　□ 死亡　□ その他　（　）							
2 事業所の概要	法人名					法人番号			
	事業所（施設）名					事業所番号			
	サービス種別（介護予防含む）					室数		定員	
	所在地（市区町村まで）	都・道・府・県　市・区・町・村							
3 利用者	年齢・性別	年齢		性別	□ 男性　□ 女性				
	サービス提供開始年月	yyyy年mm月		保険者					
	住所	□ 事業所所在地と同じ　□ その他（市区町村まで）　（　）							
	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
		障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	□ J ほぼ自立	□ A 屋内自立(介助により外出可)	□ B 要介助 座位保持可能	□ C 全介助 寝たきり			
		認知症高齢者日常生活自立度	□ I	□ IIa	□ IIb	□ IIIa	□ IIIb	□ IV	□ M
4 事故の概要	発生年月と時間帯	年月	yyyy年mm月		時間帯				頃（2時間ごと）
	発生場所	□ 居室（個室）　□ 居室（多床室）　□ トイレ　□ 廊下 □ 食堂（ダイニング兼リビング）　□ 浴室・脱衣室　□ 機能訓練室　□ 医務室、健康管理室 □ 共有スペース（リビング等）　□ 洗面所　□ 洗濯室　□ エレベーター □ 玄関　□ 施設敷地内の建物外　□ 敷地外　□ 階段 □ 車両（乗降時含む）　□ その他　（　）							
	事故の種別	□ 転倒　□ 異食、誤飲　□ 強打、圧迫 □ 転落　□ 誤薬、与薬もれ等　□ 誤嚥・窒息 □ 所在不明　□ 医療処置関連（チューブ抜去等）　□ 火傷 □ 溺水　□ 熱中症　□ 自傷行為 □ 利用者間トラブル　□ その他　（　）							
	事故発生前の利用者の状況・状態	（事故発生前の利用者の心身の状態（普段の様子との違い、疲労度や眠気等）を記入すること）							
	発生時の状況、事故内容の詳細と発生時の対応	時間	発生時の状況と対応						
		hh:mm hh:mm hh:mm hh:mm hh:mm hh:mm hh:mm hh:mm hh:mm hh:mm							
	その他特記すべき事項								

5 医療対応の概要	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	
	診断名		
	診断内容	□ 切傷・剥離　□ 捻挫・脱臼　□ 骨折　(部位：　　) □ 気道閉塞　□ 熱傷　□ 死亡　□ その他　(　　)	
6 事故発生後の状況	家族等への報告	報告した家族等の続柄	□ 配偶者　□ 子または子の配偶者　□ その他　(　　)
	連絡した関係機関(連絡した場合のみ)	□ 他の自治体 自治体名（　　） □ 警察 警察署名（　　） □ その他 名称（　　）	
	本人、家族、関係先等への追加対応（あれば）		
	※死亡に至った場合 死亡年月	yyyy年mm月	
7 事故の原因分析		事故の分類	□ 利用者の日常生活動作中に発生した事故　□ 介助中等、職員が関与した事故
		（事故発生に起因する要素のある観点についてチェックをして記入）※複数選択可 □ ケア利用者の行為や状態変化　□ 組織運営体制　□ マニュアル、手順 □ 環境、設備　□ 介護技術　□ 職員間の連携、情報共有 □ その他	
		ケア利用者の行為や状態変化	
		組織運営体制	
		マニュアル、手順	
		環境、設備	
		介護技術	
		職員間の連携、情報共有	
		その他	
8 再発防止策		（再発防止策として取り組む事項を記載すること）	
		ケア利用者の行為や状態変化	
		組織運営体制	
		マニュアル、手順	
		環境、設備	
		介護技術	
		職員間の連携、情報共有	
		その他	
9 その他 特記すべき事項（あれば）			