横浜市

介護保険事業者向け
事故報告マニュアル

横浜市　健康福祉局　介護事業指導課、高齢施設課

令和８年 11 月１日

目次

1　はじめに 1

2　報告が必要な事故の内容 1

3　事故の報告方法等 3

4　報告の具体的な注意点 4

別表１　１類～５類感染症（新型コロナウイルスを除く） 5

資料１　事故報告フローチャート 6

資料２　介護保険事業者等　事故報告時のチェックリスト 7

資料３　報告手順：事業者登録 8

資料４　報告手順：事故報告の実施手順（介護事業指導課所管分） 11

資料５　報告手順：事故報告の実施手順（高齢施設課所管分） 23

１　はじめに

介護保険事業をはじめとする各種事業で、利用者（入居者）に対するサービスの提供による事故が発生した場合には、当該利用者の家族や横浜市等関係先に速やかに連絡を行うとともに、再発防止に向けた必要な措置を講じなければなりません。

横浜市では、各種事業ごとに「事故発生時の報告取扱い要領」を定め、事故が発生した場合の報告をお願いしています。

このマニュアルでは、報告を求める「事故の内容」や「報告の方法」を記しています。内容を確認いただき、事故発生時には迅速・適切な対応をお願いいたします。

２　報告が必要な事故の内容

（１）事故種別

次のア～シに該当する事故が発生した場合には、横浜市への行政事故報告が必要です。

【注意事項】

・<u>ア～シに該当しない事故については、「行政事故報告を要しない」だけです。</u>
施設内で発生した事故は、速やかな振り返りの実施、再発防止策の検討等を行い、利用者や家族説明を含め、迅速・適切な対応をお願いします。

・行政事故報告が必要となるのは、<u>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場合</u>を原則とします。受診しても処置がない場合は、行政への報告は要しません。レントゲンやCTによる検査は、治療とはみなしません。

・事業者側の過失の有無は問いません（利用者の自己過失による事故であっても報告対象です）。

ア　転倒

イ　転落

※ア・イ共通：頭部を打った可能性がある場合は受診すること。

ウ　誤嚥・窒息

エ　異食

オ　誤薬・落薬・与薬もれ

服薬管理している利用者に対して、違う薬を与薬した、時間や量の誤り、与薬もれ（落薬によるスキップを含む）などが発生した場合は、<u>医療機関の医師等の指示を受け対応を行った後で報告します</u>。

※薬を落としたが代替の薬で問題なく服薬できた（落薬）、誰のものか特定できない薬が落ちているのを発見した場合は、行政への報告は不要です。（全種別共通）

※原則医師に指示を仰いでください。

薬の飲み合わせにより利用者の容態が悪化した等の事例が稀にみられます。

【住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の場合】

⇒　ホーム、住宅としてのサービス提供で事故が起こった場合、かつ誤薬や与薬もれによって利用者（入居者）の健康状態に影響が生じた場合に行政報告してください。

例えば、訪問介護としての介護保険サービス提供中に発生した事故については、住宅型有料老人

ホームやサービス付き高齢者向け住宅としてではなく、居宅サービス（介護事業指導課所管）として行政事故報告が必要となります。但し、ホーム、住宅としての「行政事故報告」には該当しないというだけなので、居宅サービスと連携・情報共有し、家族への説明及びホームや住宅内での検討、再発防止の取組は各ホーム・住宅内で滞りなく行ってください。

カ　医療的ケア関連（チューブ抜去等）

例）酸素流量誤り、インスリン投与関連等

キ　職員（従業者）の法令違反・不祥事

利用者の処遇に影響のある場合に限ります。

例）個人情報の紛失、ＦＡＸ誤送信、サービス提供の未実施、利用者からの預かり金の横領等

ク　食中毒・感染症及び結核

①　感染症法に定められている１～４類感染症又は５類感染症（※１：定点把握を除く）、指定感染症、新型インフルエンザ等感染症の感染者が１名以上発生した場合（別表１）

②　同一の感染症もしくは食中毒又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が１週間以内に２名以上発生した場合

③　同一の感染症もしくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が 10 名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

④　②及び③に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ（※２）、特に施設長が報告を必要と認めた場合

⑤　上記以外について、保健所に報告した場合

※１：定点把握とは、指定された医療機関が、患者の発生について届出を行う感染症のことをいいます。

※２：「通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ」とは、①部屋から出ず、他者との接触がない入居者が感染した場合、②ユニット単位で生活し、異なるフロア間での交流がないのに同時期に発生した場合等は、無症状・無自覚の職員を介して感染している可能性があり、今後の発生増加が予見されるような場合を想定しています。

※参照先

「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」（厚生労働省通知　令和５年４月 28 日一部改正）

https://www.city.yokohama.lg.jp/kenko-iryo-fukushi/kenko-iryo/yobosesshu/kansensho/koureisyougai/syuudanhassei.files/0003_20250304.pdf

②から④のいずれかに該当する場合は、保健所（各区福祉保健センター）へ所定様式で報告してください。

なお、新型コロナウイルス感染症については、事故報告は不要です。保健所へのメール報告の際に、健康福祉局高齢健康福祉部コロナ発生報告メールアドレス（kf-corona@city.yokohama.lg.jp）を CC に入れてください。

ケ　離設・行方不明

利用者が離設又は行方不明となり、速やかに周辺や心当たりがある場所を探し、それでも見つからずに外部への協力を求めた場合や外部からの連絡で事態を把握した場合には、ケガの有無に関わらず報告します。

コ　送迎中の車両事故

送迎・通院等の間の事故（利用者が乗車している場合に限る）

サ　急な体調変化（原則死亡した場合に限る）

病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性があり、家族等とトラブルになる可能性があるときは報告してください。（利用者が、事故によるケガなどが原因で、搬送等を行ってから後日死亡に至った場合は、速やかに所管課へ連絡し、報告書を再提出してください）

※死亡の事故報告は、あくまでその発生した事故に起因して死亡した等、直接の因果関係が認められる場合のみ「死亡」として報告してください。

例えば、骨折により入院していたが、入院中に他の疾患等を発症して死亡に至った場合など、事故や受傷との直接の因果関係がない死亡は、報告中の「死亡」にチェックを入れないでください。

シ　管理者が報告の必要があると判断したもの

火災事故、停電や建物設備（エアコン等）の不良等で利用者の健康状態に影響を及ぼす恐れがある等、管理者が報告する必要があると判断した場合に報告します。

（２）診断内容

医師の診断に基づき、該当するものを選択してください。

ア　骨折（ひび、疑い含む）

イ　打撲・捻挫・脱臼

ウ　切傷・擦過傷

エ　やけど

オ　その他

３　事故の報告方法等

横浜市への事故報告は、事故報告要件に該当するかを確認した後、「横浜市電子申請・届出サービス（以下「電子申請システム」という。）」で行います。

（１）事故報告に該当するかの確認

事故報告フローチャート（資料１）及びチェックリスト（資料２）により、前述の「２　報告が必要な事故の内容」に該当するかを確認します。該当する場合には、速やかに報告します。

（２）横浜市への行政事故報告前の関係者への説明

横浜市への第一報に先立ち、当該利用者への事故対応や家族・関係者への連絡を速やかに行ってください。その際には、以下の３点を必ず伝えてください。

ア　横浜市介護保険事業者における事故発生時の報告取扱い要領等に基づき、事故の発生を所管課に報告すること

イ　横浜市へ報告した事故の内容が、個人情報以外の部分を事故の事例として神奈川県に報告される場合があること

ウ　横浜市に対して、報告された事故について情報開示請求がなされた際に、個人情報以外の内容が開示される場合があること

（３）事故報告の手順

該当するサービス内容に応じて、電子申請システムで報告します。

ア　居宅・密着サービス

資料４（11 ページ以降）を参照

イ　施設系サービス（短期入所生活介護・短期入所療養介護を含む）

資料５（23 ページ以降）を参照

４　報告の具体的な注意点

＜事故報告のタイミングについて＞

・第一報は事故発生後速やかに、遅くとも５日以内を目安に提出してください。

＜第一報送付済みの本報告の提出について＞

・第一報の申込番号（８桁）が間違っているものがあります。番号が間違っていると第一報と本報告を突合できないので、第一報提出時に間違いのないよう控えてください。（入力間違いにご注意ください。）

・第一報報告から１か月以内を目途に本報告を提出してください。

１か月以上たっても本報告を提出していない事業所が散見されます。本報告は利用者の容態が確定するまで提出できないものではなく、事故発生の原因究明と再発防止を報告していただくものです。

・本報告提出後、本人の容態に変化があり追加報告が必要な場合には、下記の記入例のように、備考欄又はその他の特記すべき事項欄に提出済み本報告の追加情報である旨を記入し、再提出してください。

（記入例）備考欄又はその他の特記すべき事項欄に、「令和７年３月１日に提出した本報告（申込番号12345678）の追加報告です。」と記入してください。

※本報告（第一報未送付）を申請済の場合は、追加報告を本報告（第一報送付済）として申請し、第一報の申込番号は本報告（第一報未送付）の申込番号を記入してください。（居宅・密着サービスに限る。）

＜提出済みの報告について修正等がある場合＞

・本市で申請を受理すると、取下げの操作ができなくなります。
提出済みの報告内容について、修正等が生じた場合には、再提出を行って下さい。
再提出の際には、それが分かるように備考欄又はその他の特記すべき事項欄に記入してください。

（記入例）備考欄又はその他の特記すべき事項欄に、「令和７年３月１日に提出した本報告（申込番号12345678）の修正です。」と記入してください。

＜個人情報の紛失、送迎時の事故、感染症等の発生により複数の利用者に対する報告が必要な場合＞

・原則、利用者１人につき１報告です。
ただし、対象者が複数名になる場合は、利用者氏名欄を「○○様他何名」として、１つにまとめて報告してください。備考欄又はその他の特記すべき事項欄に他の対象者の氏名を記入してください。

別表１

１類～５類感染症（新型コロナウイルスを除く）

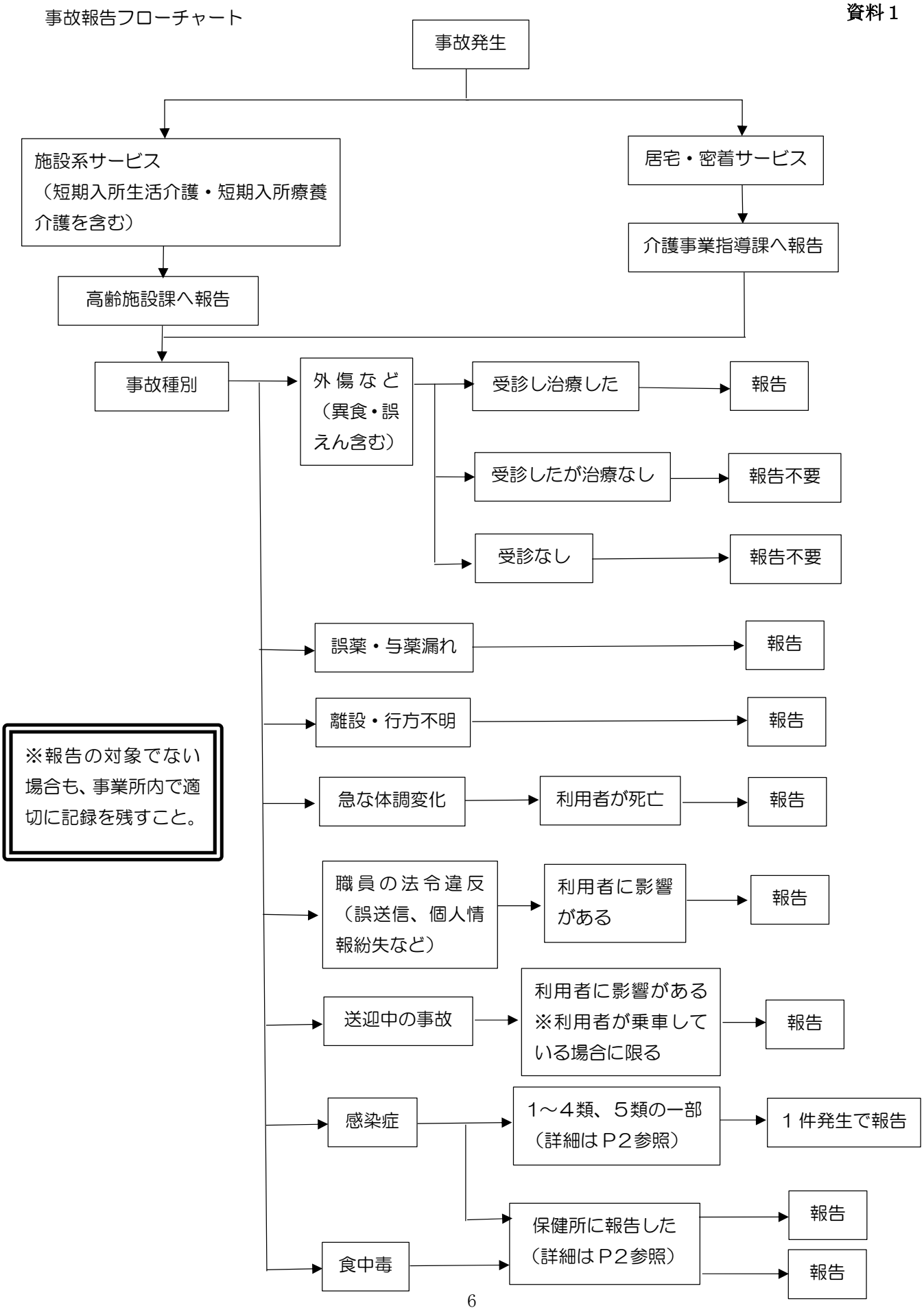
下記の感染症については、１名以上発生した時点で報告してください。
指定感染症及び新型インフルエンザ等感染症についても同様の取り扱いとします。

１類感染症	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱
２類感染症	急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属 SARS コロナウイルスであるものに限る）、中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属ＭＥＲＳコロナウイルスであるものに限る）、鳥インフルエンザ（H5N1）、鳥インフルエンザ（Ｈ７Ｎ９）
３類感染症	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症（0157 等）、腸チフス、パラチフス
４類感染症	E 型肝炎、ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎を含む）、A 型肝炎、エキノコックス症、黄熱、オウム病、オムスク出血熱、回帰熱、キャサヌル森林病、Q熱、狂犬病、コクシジオイデス症、サル痘、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る）、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、炭疽、チクングニア熱、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（Ｈ５Ｎ１及びＨ７Ｎ９）を除く）、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、B ウイルス病、鼻疽、ブルセラ症、ベネズエラウマ脳炎、ヘンドラウイルス感染症、発しんチフス、ボツリヌス症、マラリア、野兎病、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、類鼻疽、レジオネラ症、レプトスピラ症、ロッキー山紅斑熱
５類感染症（定点把握を除く）	アメーバ赤痢、ウイルス性肝炎（E 型肝炎及び A 型肝炎を除く）、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く）、急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く）、クリプトスポリジウム症、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、後天性免疫不全症候群、ジアルジア症、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘（入院例に限る）、先天性風しん症候群、梅毒、播種性クリプトコックス症、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、麻しん、薬剤耐性アシネトバクター感染症

上記以外の感染症と食中毒については、保健所に報告した場合は報告してください。

事故報告フローチャート

資料１



資料２

介護保険事業者等　事故報告時のチェックリスト

【利用者名】	【事故種別】	【事故発生日】　　年　　月　　日

□　事故報告として市に報告すべき案件ですか。(「事故報告取扱要領」及び事故報告フローチャート参照)

□　当該利用者への事故対応や家族、関係者への連絡は済みましたか。

□　横浜市への第一報を速やか（＊）に提出しましたか。　　実施日：　　年　　月　　日

【お願い】重大な事故の第一報の場合は横浜市電子申請・届出サービスの報告に合わせて電話連絡もしてください。

＊「速やか」とは**当日中若しくは翌日中**を示します。遅くとも事故発生から５日以内に提出してください。
＊第一報の報告時は、事業所の概要・対象者の概要・事故の概要（いつ・どこで・何があったか初期対応はどうしたか・連絡済みの関係機関）を報告してください。
＊必須項目に限らず、必要な項目は全て記載してください。

□　報告部署に誤りはありませんか。(施設系サービス⇒高齢施設課、居宅・密着サービス⇒介護事業指導課)

□　利用者等への説明義務は果たしましたか。

＊報告と説明は異なります。
＊事故の原因や再発防止策についても説明をしましたか。
＊損害賠償等についても説明をし、必要時対応しましたか。
＊以下についても説明をしましたか。
・事故の報告を所管部署に行うこと。
・事故事例として個人情報以外が神奈川県に報告される場合があること。
・行政文書の開示請求が出された際に、個人情報以外が公開される場合があること。

□　事故処理の区切りがついたところで、横浜市への本報告を行いましたか。　　実施日：　　年　　月　　日

＊本報告は第一報から概ね１か月以内に提出してください。
＊事故発生後の状況として損害賠償等の状況、本件に対する家族からの苦情の有無についても必ず報告してください。
＊必須項目に限らず、必要な項目は全て記載してください。また記録を保存する際は、第一報と本報告の報告内容を併せて管理するようにしてください。
＊記載内容は、簡潔・明瞭となっていますか。

□　事業所は、利用者（家族含む）に事故報告を積極的に開示し、求めに応じて交付していますか。

報告手順：事業者登録

１　本市ホームページの事故報告についての案内ページの電子申請の URL から、入力画面を開きます

【本市 HP　介護保険事業者の事故防止・事故報告について】

横浜市トップページ ＞ ビジネス ＞ 分野別メニュー ＞ 福祉・介護 ＞ 高齢者福祉・介護 ＞ 介護保険関連情報 ＞ 運営関連情報 ＞ 介護保険事業者の事故防止・事故報告について

https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/hoken/unei/jiko.html

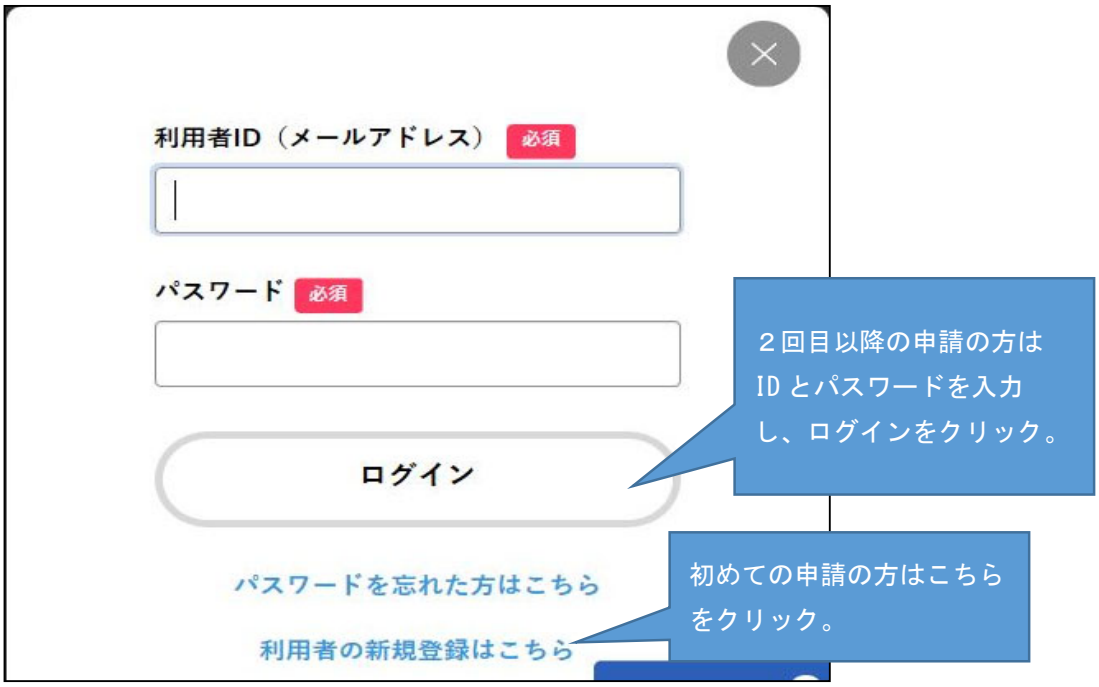
２　ログインします。

初めてログインする際には、利用者（事業者）登録が必要です。

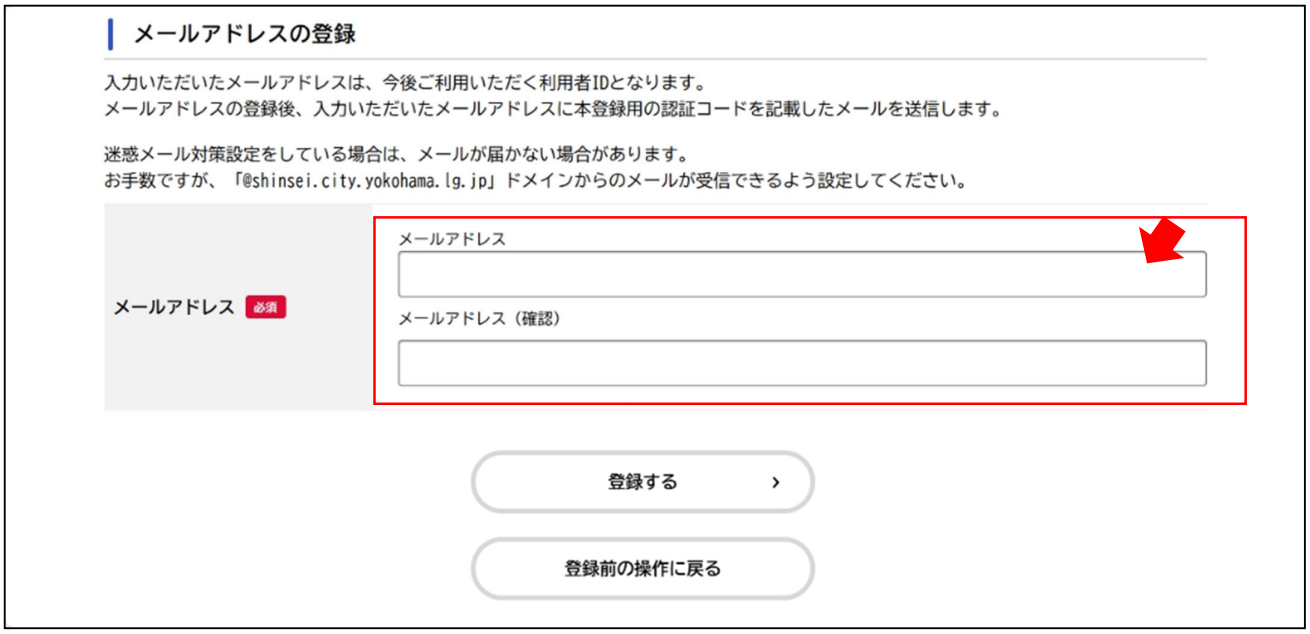


初めての申請の場合は、事業者登録を行います。（Ｐ９、１０）

新規登録ができている場合はＰ１１からご参照ください。



メールアドレスを入力してください。以降、当アドレスがログイン時のＩＤになります。
また、事故報告申請後、受理した旨のメールが届きます。
迷惑メールに入らないよう、「@shinsei.city.yokohama.lg.jp」からのメールが受信できるように設定してください。



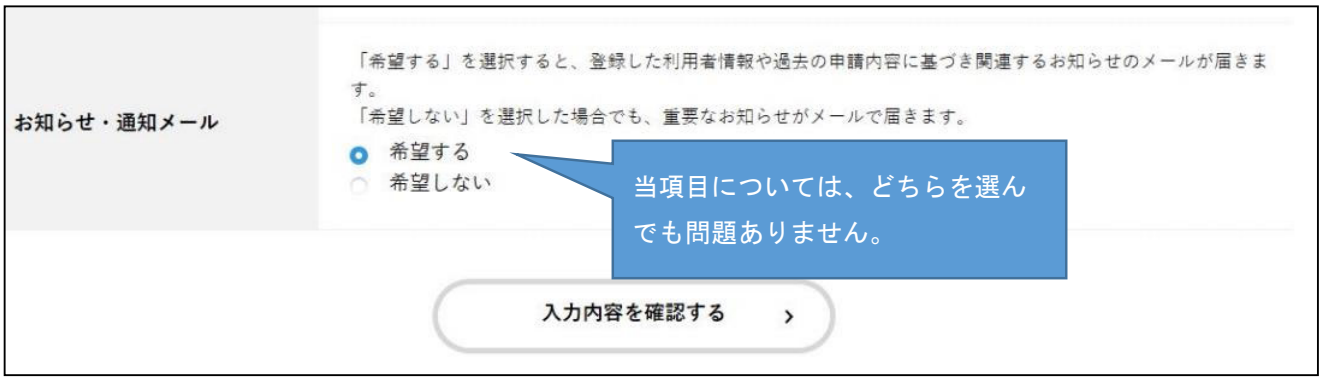
上記で入力したメールアドレス宛に本登録用の認証コードが届きます。





利用者（事業者）情報の入力を行います。

事前に必要事項を入力しておくことで、事故報告の際に入力事項が一部省略できます。



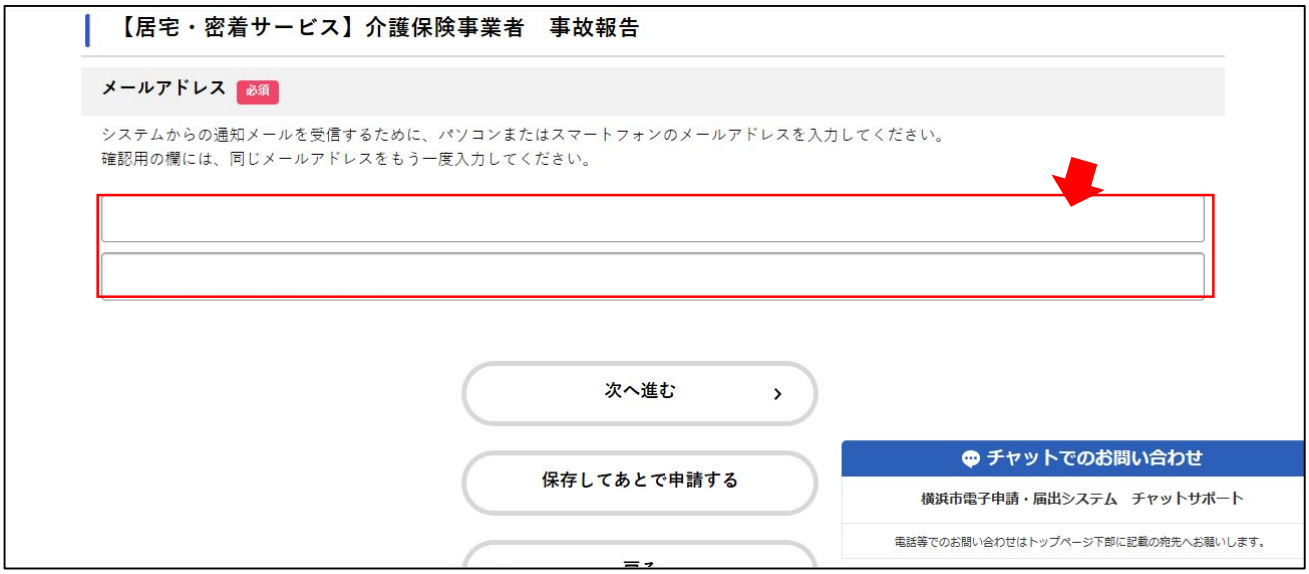
以上で利用者（事業者）登録は終了です。

報告手順：事故報告の実施手順

介護事業指導課所管分

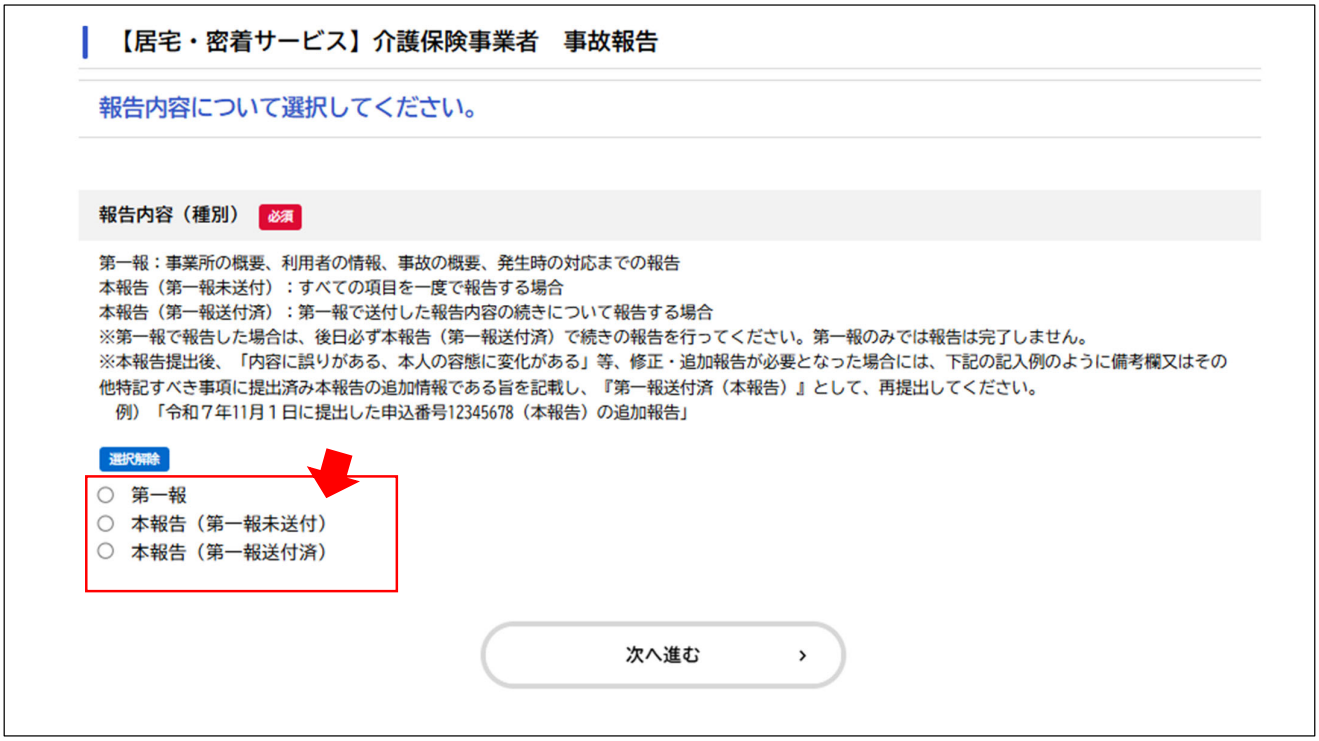
資料４

３　メールアドレスを入力します



※報告内容に対し確認事項があった場合、このアドレス宛に御連絡する場合があります。

4　「第一報」「本報告」の別を選択します



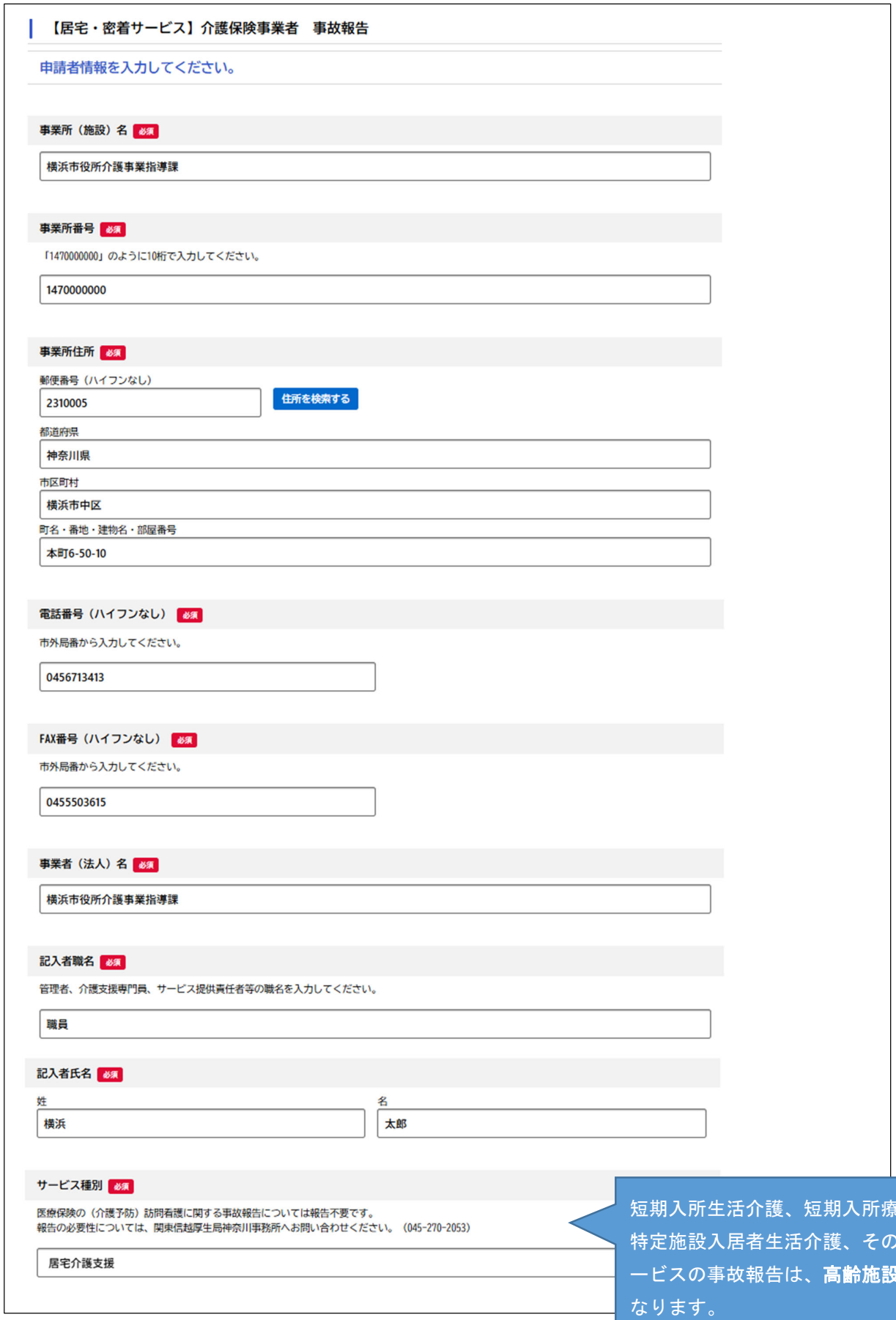
5　報告を行う事業所の情報、対象の利用者の情報、事故の内容についての情報を入力します

「必須」と赤字で表示されている項目は必ず入力してください。

「事故の状況、経緯、対応等」等のテキスト入力欄は最大 200 文字です。事故の状況等を簡潔に入力してください。資料の添付等を行いたい場合は、別途提出先の担当課までご相談ください。

【居宅・地域密着サービス】	介護事業指導課	TEL：045-671-3413
【施設サービス】	高齢施設課	TEL：045-671-3923

【事業所情報】



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、その他施設系サービスの事故報告は、**高齢施設課**が所管となります。

【利用者情報】


【居宅・密着サービス】介護保険事業者　事故報告
利用者情報を入力してください。
利用者１名につき一件の報告が必要です。
対象の利用者について「氏名」～「サービス提供開始日」の各項目も、もれなく入力してください。
利用者　氏名 必須
姓
テスト
名
太郎
利用者　フリガナ 必須
姓（カタカナ）
テスト
名（カタカナ）
タロウ
利用者　年齢 必須
85
利用者　住所
郵便番号（ハイフンなし）
2310005
住所を検索する
都道府県
神奈川県
市区町村
横浜市中区
町名・番地・建物名・部屋番号
本町6-50-10
利用者　要介護度 必須
要介護１
利用者　サービス提供開始日
年
2022年（令和4年）
月
3月
日
1日
次へ進む
・事故の対象者が判明している場合は、以降の利用者年齢、住所等の項目を必ず記載してください。
・原則、利用者１人につき１報告です。
ただし、対象者が複数名になる場合は、１つにまとめて報告してください。
例）神奈川　花子他〇名
※入力する内容は、神奈川花子様分で可。
備考欄又はその他の特記すべき事項欄に
他の対象者の氏名を記入してください。

【事故情報（第一報）】

【居宅・密着サービス】介護保険事業者　事故報告

事故の内容を入力してください。（第一報情報）

事故日 必須

年：2025年（令和7年）　月：11月　日：1日

事故時刻 必須

時：14時　分：0分

事故発生場所 必須

利用者宅

事業所内の場合はどこで事故が起きたのかを分かるように記載してください。
例）デイルーム、本人の居室、送迎車内等

事故種別 必須

・原則、利用者１人につき一件の報告が必要です。
　ただし、対象者が複数名になる場合は、１つにまとめて報告してください。その場合は、備考欄に他の対象者の氏名を記入してください。
・複数の種別に該当する場合は、いずれか一つを選択し報告してください。
　できる限り『管理者が報告の必要があると判断したもの』以外を選択してください。

【※よくある誤り】
・誤薬・落薬・与薬もれ：薬を落としたが代替の薬で問題なく服薬できた、誰のものか特定できない薬が落ちているのを発見した場合は、報告不要です。また、原則医師の判断に基づく指示を仰いでください。薬の飲み合わせにより利用者の容態が悪化した等の事例が稀に見られます。
・医療的ケア関連（チューブ抜去等）：酸素流量誤り、インスリン投与関連等
・職員の法令違反・不祥事：FAX誤送信、個人情報紛失、サービス提供の未実施等
・送迎中の車両事故：利用者が乗車している場合に限る
・急な体調変化：原則死亡した場合に限る

転倒

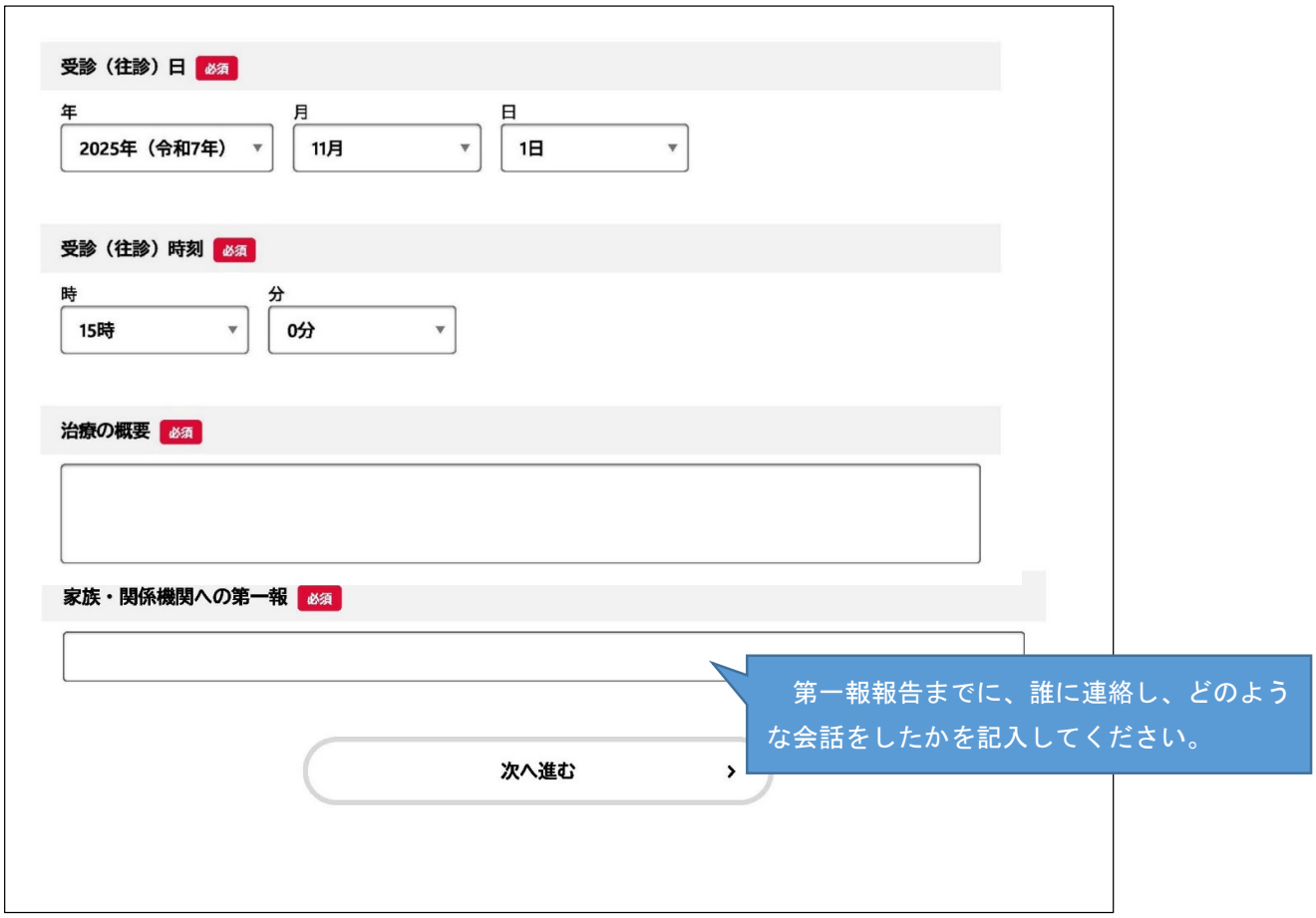
診断内容 必須

・受診し、治療を要した場合は報告対象となります。
　レントゲンやCT等検査を実施したとしても、「経過観察、問題なし」等となり、治療を要していない場合は報告不要です。
・複数の種別に該当する場合は、いずれか一つを選択し報告してください。
　できる限り『その他』以外を選択してください。

【補足】
・骨折：ひび、疑い含む

骨折


利用者の容体 必須
「死亡」の場合は「死亡日」「死亡原因」「警察の検証の有無」の各項目も、もれなく入力してください。
「職員の法令違反・不祥事」等で利用者の身体に影響がない場合や落薬等で対象の利用者が不明の場合は「その他」を選択してください。
選択解除
死亡
入院を要する重篤な状態
病院等受診
その他
利用者が亡くなった場合は、警察の検証の有無も含め以降の項目を必ず記入してください。
警察の検証
選択解除
有
無
事故の状況、経緯、対応等 必須
本人の事故前から事故に至るまでの経緯が分かるように記入してください。起きたことだけでなく、どういう状態に陥り、どのように対応したのかを分かるように記入してください。
事故の原因 必須
事故の状況、経緯、対応等から考えられる事故の原因を記入してください。
例）服薬介助等で「忘れてしまったため」ではなく、なぜ忘れてしまったのかを記入
受診方法
往診や外来受診ではなく、電話で指示を仰いだ場合は、『電話』を選択してください。
職員の法令違反・不祥事等利用者の受診に関連していない報告内容については、『該当なし』を選択してください。
選択解除
電話
往診
外来受診
オンライン診療
該当なし
その他
医療機関名 必須


受診（往診）日 必須
年
2025年（令和7年）
月
11月
日
1日
受診（往診）時刻 必須
時
15時
分
0分
治療の概要 必須
家族・関係機関への第一報 必須
次へ進む
第一報報告までに、誰に連絡し、どのような会話をしたかを記入してください。

【本報告時に入力する部分】

【居宅・密着サービス】介護保険事業者　事故報告

事故の内容を入力してください。（本報告情報）

本報告時点での本人の状況 必須

選択解除

- ○ 死亡
- ○ 入院
- ○ 施設・自宅療養

病気・ケガ等ではなくても、その後の利用者への対応、利用者の状況について記入してください。

本報告時点での利用者の状況（詳細） 必須

最終診察・診断結果 必須

・医療機関を受診（往診等）した場合は結果を入力してください。
・職員の法令違反・不祥事等受診をしていない場合は「該当なし」を選択してください。
・本申請が【本報告（第一報送付済）】の場合、第一報にて治療概要の記載をしていない時には、「治療を要した」を選択し、治療の概要を記載してください。すでに記載済の時には、「第一報にて報告済」と記載してください。
本申請が【本報告（第一報未送付）】の場合、第一報情報の治療概要に記載済の場合は、「記載済」と記載してください。

選択解除

- ○ 経過観察のため、治療を要さなかった
- ○ 問題なしのため、治療を要さなかった
- ○ 治療を要した
- ○ 該当なし

家族への結果報告・説明等 必須

「連絡済」の場合は「連絡・説明日」～「連絡、説明した事業所担当者」の各項目も、もれなく入力してください。
身寄りがない方、対象の利用者が不明の場合は「連絡不要」を選択してください。

選択解除

- ◉ 連絡済
- ○ 連絡不要

家族への連絡、説明日 必須

年：2025年（令和7年）　月：11月　日：28日

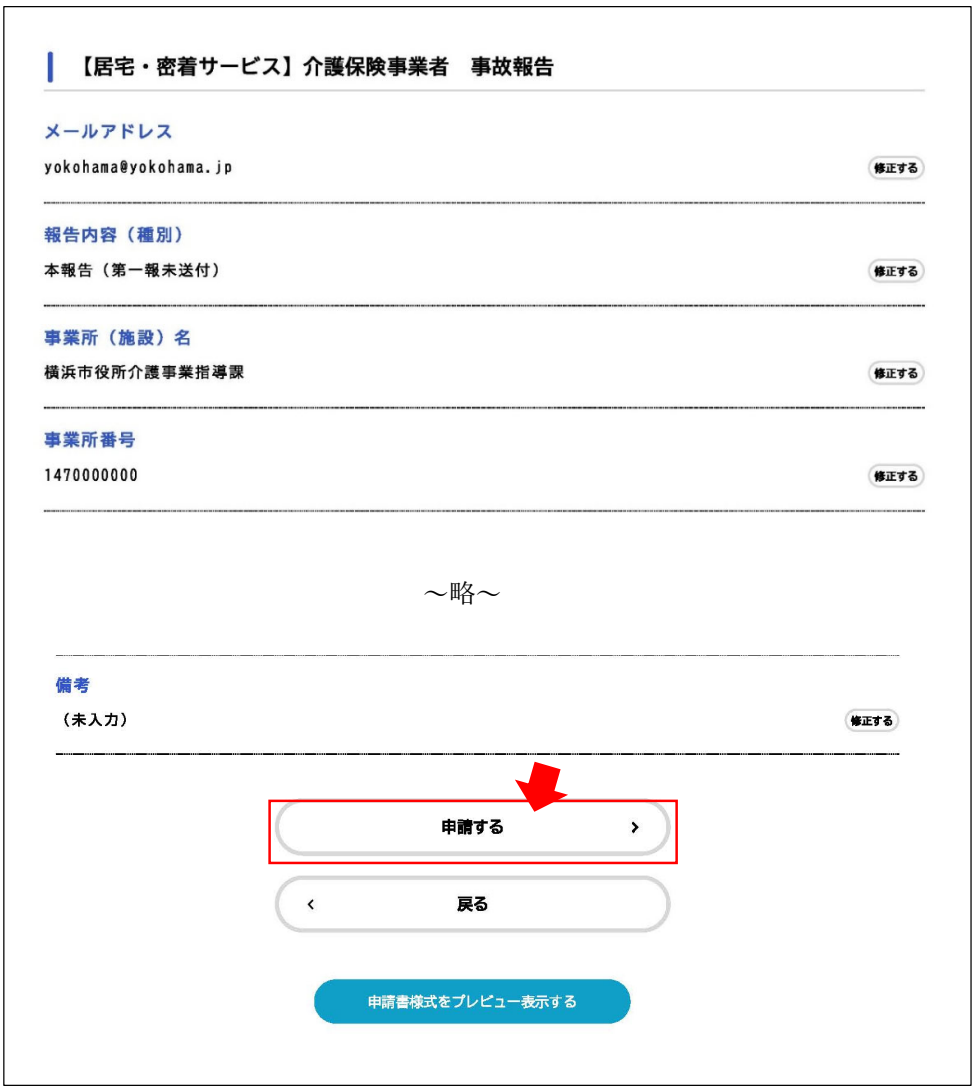
家族への連絡、説明時刻 必須

時：選択してください　分：選択してください

連絡、説明した家族 必須


連絡、説明した事業所担当者 必須
損害賠償等の状況 必須
「検討・交渉中」を選択した場合は結果が分かり次第再度報告してください。
選択解除
事業所負担（保険利用の場合を含む）
利用者負担
負担が生じる状況はなし
検討・交渉中
再発防止に向けての取組 必須
事故発生後、事業所内で検討の結果、実施する内容を具体的に入力してください。
下記のような漠然とした表現は不可です。
【不適切例：～を検討中、見守りの強化、職員への周知】
個人での対応に限らず、事業所内全体で取り組むこと、実現可能なこと等を記入してください。
【ポイント】
服薬形態の変更、嚥下機能評価、身体機能評価等、医療との連携も重要
備考
次へ進む

6　必要項目を全て入力し、入力事項を確認します
修正が必要であれば、各項目の「修正する」ボタンを、
確認後、画面最下部の「申請する」ボタンを押下します。



7　申請完了画面が表示されます



※後日申請内容を確認する場合は「申込番号」が必要です。申込番号はこの画面にしか表示されませんので、必ず控えておいてください。

※事故報告は個人情報に当たる内容も多く含まれるため、お問合せいただいても「申込番号」をお伝えすることはできません。ご了承ください。

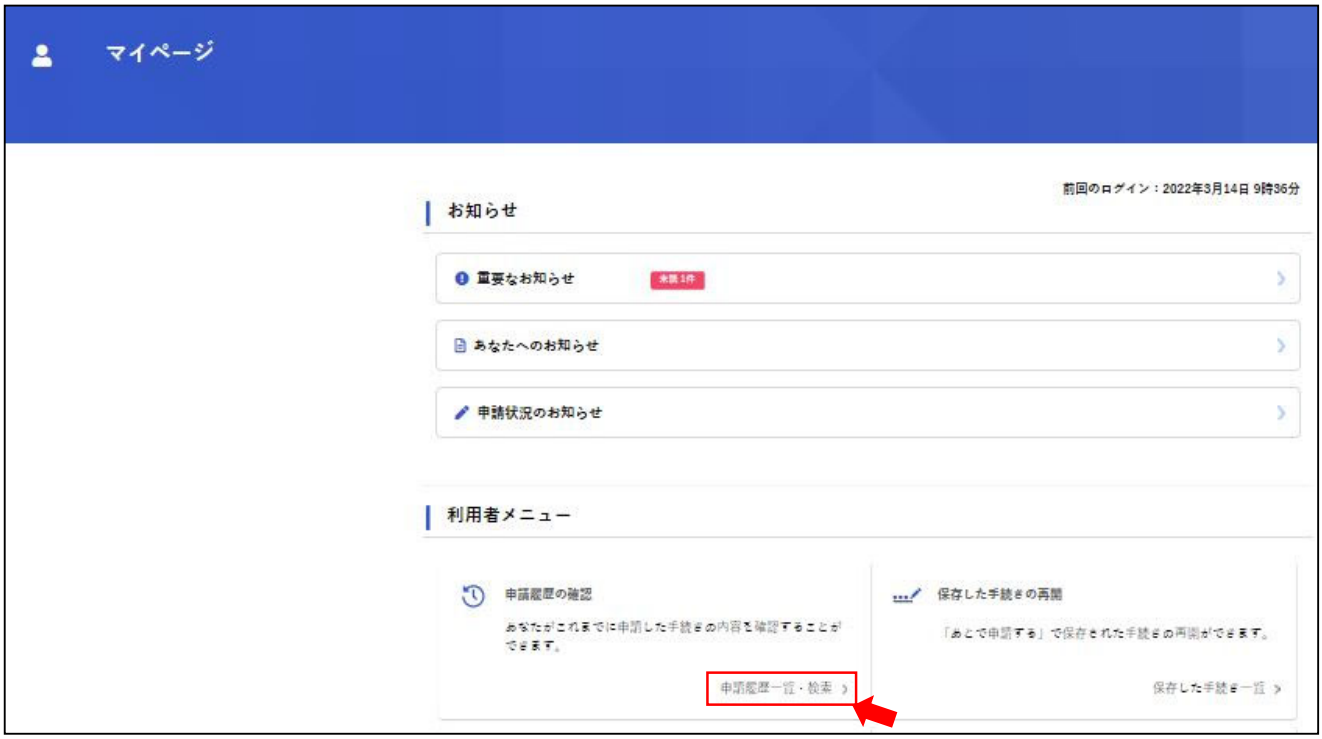
8　申請内容の確認

申請後、電子申請システムにログインすることで、申請内容の確認ができます。

申請内容確認ページを印刷、PDF 化する等、事故報告書の保管を行ってください。



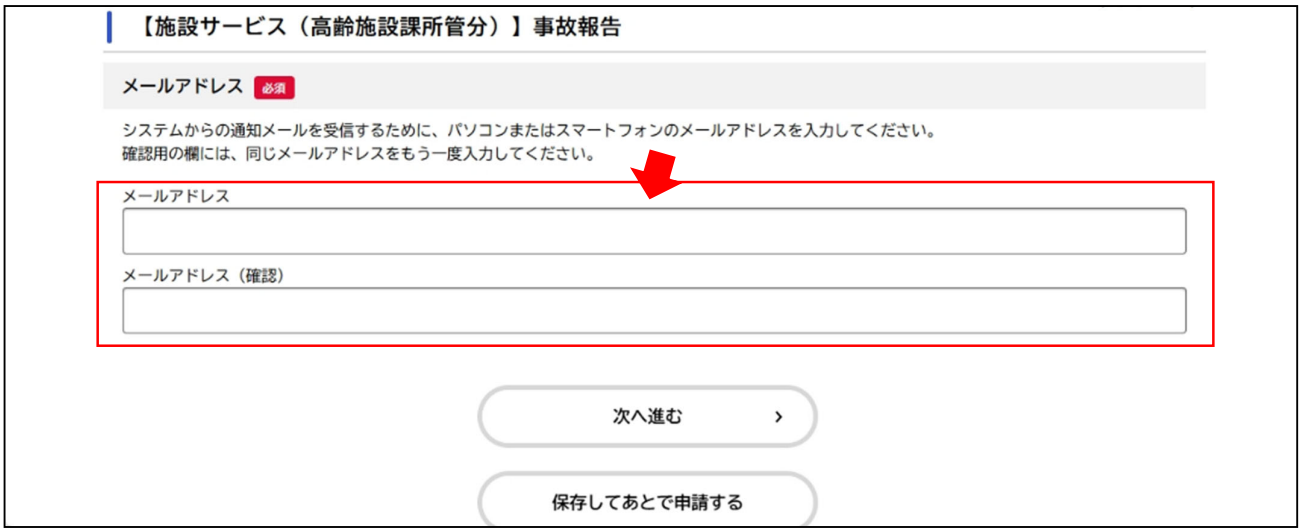
ログイン後、マイページにて「申請履歴の確認」をクリック



申込番号に応じて、内容の確認ができます。



３　メールアドレスを入力します。



※報告内容に対し確認事項があった場合、このアドレス宛に御連絡する場合があります。

4　「第一報」「本報告」の別を選択し、他の必須項目を入力します。



5　続けて報告を行う事業所の情報、対象の利用者の情報、事故の内容についての情報を入力します

「必須」と赤字で表示されている項目は必ず入力してください。

「発生時状況、事故内容の詳細、発生時の対応」等のテキスト入力欄は最大 500 文字です。内容を簡潔に入力してください。資料の添付等を行いたい場合は、別途提出先の担当課までご相談ください。

【施設サービス】　　高齢施設課　　TEL：045-671-3923

【居宅・地域密着サービス】介護事業指導課（居宅サービス）　TEL：045-671-3413

（地域密着サービス）TEL：045-671-3466

６－１　事故状況（第一報）

事故発生後速やかに、遅くとも５日以内を目安に提出してください。事故発生後５日以内に本報告を提出する場合は、第一報は不要です。



【施設サービス（高齢施設課所管分）】事故報告

！これは入力例です。

２事業所の概要

事業所（施設）名 必須

初期値で利用者登録情報が入力されます。実際と異なる場合は修正してください。

横浜市健康福祉局高齢施設課

事業所電話番号（ハイフンなし） 必須

0456713923

サービス種別 必須

※居宅サービス、密着サービス等（介護事業指導課所管）の種別については、「【居宅・密着サービス】介護保険事業者　事故報告」のフォームで申請してください。

選択解除

- ○ 介護老人福祉施設（特養）
- ○ 短期入所生活介護（特養ショートステイ・ショートステイセンター）
- ○ 介護老人保健施設（老健）
- ○ 短期入所療養介護（老健ショートステイ）
- ○ 介護療養型医療施設
- ○ 介護医療院
- ○ 地域密着型介護老人福祉施設（特養）入所者生活介護
- ○ 養護老人ホーム
- ○ 軽費老人ホーム（A型）
- ○ ケアハウス
- ◉ 特定施設入居者生活介護
- ○ 住宅型有料老人ホーム
- ○ 地域密着型特定施設入居者生活介護
- ○ サービス付き高齢者向け住宅

居宅サービス・地域密着サービスの事故報告については、**資料４をご覧ください（介護事業指導課が所管となります）。**

次へ進む ›

保存してあとで申請する

‹ 戻る

６－３　対象者情報（第一報）


【施設サービス（高齢施設課所管分）】事故報告
！これは入力例です。
３対象者
姓名 必須
・対象者が複数の場合（感染症、誤送信など）は、「１名分の姓名　その他〇名」と記入してください。本報告の場合は、この入力フォームの最後の「その他特記事項」でその他の方の名前も記入してください。
・対象者不明の場合は、「対象者不明」と入力してください。
中区　太郎
該当の利用者が不明の場合は、“対象者不明”としてください。
次へ進む
保存してあとで申請する
戻る

６－４　事故の概要（第一報）

【施設サービス（高齢施設課所管分）】事故報告

！これは入力例です。

４事故の概要

発生年月日 必須

・感染症など対象者が複数の場合は初発の方の陽性判明年月日を入力してください。

2025年 3月11日

発生時刻 必須

・正確な発生時刻がわからない場合はおおよその時刻を入力してください。
・感染症など対象者が複数の場合は初発の方の陽性判明時刻を入力してください。

時　8時　　分　0分

事故発生場所 必須

入居者家族や友人との外出中に敷地外で発生した事故は報告不要です。

選択解除

- ◉ 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 必須

・最もあてはまる項目を１つ選択してください。
・診断内容は後ほど入力する欄があります。

選択解除

- ◉ 転倒
- ○ 転落
- ○ 誤嚥・窒息
- ○ 異食
- ○ 誤薬、与薬もれ等
- ○ 医療処置関連（チューブ抜去等）
- ○ 不明
- ○ その他

６－５　事故発生時の対応（第一報）



６－６　事故発生後の状況（第一報）



⇒各項目入力後の操作手順については、第一報・本報告ともに同じです。
　各項目入力後の操作手順については、45～47 ページの項目８，９，１０をご覧ください。

７－１　事故状況（本報告）

事故処理の区切りがついたところで（第一報報告後１か月以内を目途に）、本報告を提出してください※。事故発生後５日以内に本報告を提出する場合は、第一報は不要です。



※第一報を報告した後に本報告をする場合は、マイページの「過去に回答したフォームを使用する」機能を使って、以下の通り申請してください。

①マイページを開き、申請履歴・委任状の確認の項目で「申請履歴一覧・検索」をクリック（46、47 ページ項目１０参照）

②一覧から「手続が完了しました」と表示されている申請データを選択

③「申請内容を使用して新しく申請する」をクリックして第一報を呼び出し

④本報告にチェックをして、内容を加除訂正する

【施設サービス（高齢施設課所管分）】事故報告

！これは入力例です。

２事業所の概要

法人名 必須

初期値で利用者登録情報が入力されます。実際と異なる場合は修正してください。

法人

事業所（施設）名 必須

初期値で利用者登録情報が入力されます。実際と異なる場合は修正してください。

横浜市健康福祉局高齢施設課

事業所番号

事業所番号をお持ちの場合は入力してください。

事業所電話番号（ハイフンなし） 必須

0456713923

サービス種別 必須

※居宅サービス、密着サービス等（介護事業指導課所管）の種別については、「【居宅・密着サービス】介護保険事業者　事故報告」のフォームで申請してください。

選択解除

- ○ 介護老人福祉施設（特養）
- ○ 短期入所生活介護（特養ショートステイ・ショートステイセンター）
- ○ 介護老人保健施設（老健）
- ○ 短期入所療養介護（老健ショートステイ）
- ○ 介護療養型医療施設
- ○ 介護医療院
- ○ 地域密着型介護老人福祉施設（特養）入所者生活介護
- ○ 養護老人ホーム
- ○ 軽費老人ホーム（A型）
- ○ ケアハウス
- ◉ 特定施設入居者生活介護
- ○ 住宅型有料老人ホーム
- ○ 地域密着型特定施設入居者生活介護
- ○ サービス付き高齢者向け住宅

居宅サービス・地域密着サービスの事故報告については、介護事業指導課が所管となります。


事業所（施設）所在地（郵便番号検索）
必須
！これは入力例です。
初期値で利用者登録情報が入力されます。事業所（施設）の住所が異なる場合は修正してくだ
郵便番号（ハイフンなし）
2310005
住所を検索する
都道府県
神奈川県
市区町村
横浜市中区
町名・番地・建物名・部屋番号
本町６－５０－１０
次へ進む
保存してあとで申請する
戻る


【施設サービス（高齢施設課所管分）】事故報告
！これは入力例です。
３対象者
姓名 必須
・対象者が複数の場合（感染症、誤送信など）は、「１名分の姓名　その他〇名」と記入してください。本報告の場合は、この入力フォームの最後の「その他特記事項」でその他の方の名前も記入してください。
・対象者不明の場合は、「対象者不明」と入力してください。
中区　太郎
事故の報告対象者が判明している場合は、以降の利用者年齢、住所等の項目を必ず記載してください。
該当の利用者が不明の場合は、“対象者不明”としてください。
年齢 必須
事故発生日時点の年齢を入
※対象者が複数の場合は、
85
歳
性別 必須
※対象者が複数の場合は、１人目についてのみ記入してください。
選択解除
男
女
対象者　住所（郵便番号検索） 必須
・初期値で利用者登録情報が入力されます。
・対象者の住所が異なる場合は修正してください。
※対象者が複数の場合は、１人目についてのみ記入してください。
郵便番号（ハイフンなし）
2310005
住所を検索する
都道府県
神奈川県
市区町村
横浜市中区
町名・番地・建物名・部屋番号
本町６－５０－１０

！これは入力例です。

要介護度 必須

区分変更中の場合は現在の介護度を選択してください。
※対象者が複数の場合は、１人目についてのみ記入してください。

要介護１

要介護度の補足

区分変更中など必要に応じて入力してください。

認知症高齢者日常生活自立度 必須

※認知症高齢者日常生活自立度が不明の場合は、現在の状況に近い項目を選択してください。
※対象者が複数の場合は、１人目についてのみ記入してください。

認知症ではない

対象者へのサービス提供開始日（入居日） 必須

養護老人ホームの場合は措置開始日を入力してください。
※対象者が複数の場合は、１人目についてのみ記入してください。

年　2025年（令和7年）　月　2月　日　1日

保険者 必須

※対象者が複数の場合は、１人目についてのみ記入してください。

選択解除

- ◉ 横浜市
- ○ 川崎市
- ○ その他

次へ進む ›

保存してあとで申請する

‹ 戻る

【施設サービス（高齢施設課所管分）】事故報告

！これは入力例です。

４事故の概要

発生年月日 必須

・感染症など対象者が複数の場合は初発の方の陽性判明年月日を入力してください。

2025年 3月11日

発生時刻 必須

・正確な発生時刻がわからない場合はおおよその時刻を入力してください。
・感染症など対象者が複数の場合は初発の方の陽性判明時刻を入力してください。

時　8時　　分　0分

事故発生場所 必須

入居者家族や友人との外出中に敷地外で発生した事故は報告不要です。

選択解除

- ◉ 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 必須

・最もあてはまる項目を１つ選択してください。
・診断内容は後ほど入力する欄があります。

選択解除

- ◉ 転倒
- ○ 転落
- ○ 誤嚥・窒息
- ○ 異食
- ○ 誤薬、与薬もれ等
- ○ 医療処置関連（チューブ抜去等）
- ○ 不明
- ○ その他


発生時状況、事故内容の詳細 必須
・入力は500文字以内です。
入力は500文字以内です。
！これは入力例です。
本人の事故前から事故に至るまでの経緯が分かるように記入してください。
次へ進む
保存してあとで申請する
戻る

【施設サービス（高齢施設課所管分）】事故報告

！これは入力例です。

５事故発生時の対応

発生時の対応 必須

・入力は500文字以内です。

入力は500文字以内です。

受診方法等 必須

・施設内の医師や協力医療機関等に電話で相談した場合は「施設内の医師が対応」にチェックしてください。
・上記以外の医師に電話で相談した場合は「その他」にチェックしてください。

- ☐ 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

医療機関名 必須

病院

医療機関連絡先（電話番号ハイフンなし） 必須

1234567890

診断名

受診時には必ず記入してください。

診断内容 必須

・最もあてはまる項目を１つ選択してください。


選択解除
骨折（ひび、疑い含む）
打撲・捻挫・脱臼
切傷・擦過傷
その他
！これは入力例です。
骨折の部位 必須
前の設問で「骨折」を選択した場合は入力してください。
右大腿骨
検査、処置等の概要 必須
・入力は500文字以内です。
入力は500文字以内です。
前の設問で「骨折」を選択した場合は入力してください。
本件発生後の対応について、受診結果と今後の治療予定について記入してください。
次へ進む
保存してあとで申請する
戻る

【施設サービス（高齢施設課所管分）】事故報告

！これは入力例です。

６事故発生後の状況

利用者の状況 必須

・入力は500文字以内です。

入力は500文字以内です。

病気・ケガ等ではなくても、その後の利用者への対応、利用者の状況について記入してください。

家族等への報告について、報告した家族等の続柄 必須

- [x] 配偶者
- [ ] 子、子の配偶者
- [ ] 報告していない
- [ ] その他

報告年月日 必須

家族への最初の報告年月日

2025年 3月11日

連絡した関係機関（横浜市以外） 必須

- [ ] 他の自治体
- [ ] 警察
- [x] 連絡していない
- [ ] その他

本人、家族、関係先等への追加対応予定（報告方法選択） 必須

選択解除

- ○ 直接入力
- ◉ 追加対応予定なし

次へ進む ›

７－７　事故の原因分析（本報告）



７－８　再発防止策（本報告）


【施設サービス（高齢施設課所管分）】事故報告
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
！これは入力例です。
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）
必須
・入力は500文字以内です。
・できるだけ具体的に記載してください。「～を検討中、見守りの強化、職員への周知」など漠然とした表現は不可です。
入力は500文字以内です。
次へ進む
個人での対応に限らず、事業所内全体で取り組むことも記入してください。


【施設サービス（高齢施設課所管分）】事故報告
！これは入力例です。
９その他
その他の特記すべき事項（報告方法選択） 必須
・対象者が複数の場合（感染症、誤送信など）は、こちらに入力して下さい。
選択解除
直接入力
特記事項なし
損害賠償等の状況 必須
選択解除
事業所負担（保険を利用した場合を含む）
利用者負担
負担が生じる状況なし
検討・交渉中
次へ進む
保存してあとで申請する
戻る

8　必要項目を全て入力し、入力事項を確認します。
修正が必要であれば、各項目の「修正する」ボタンを、
この内容で申請するのであれば、画面最下部の「申請する」ボタンを押下します。



9　申請完了画面が表示されます。



※後日申請内容を確認する場合は「申込番号」が必要です。申込番号はこの画面にしか表示されませんので、必ず控えておいてください。

※事故報告は個人情報に当たる内容も多く含まれるため、お問合せいただいても「申込番号」をお伝えすることはできません。ご了承ください。

１０　申請内容の確認

申請後、電子申請システムにログインすることで、申請内容の確認ができます。

申請内容確認ページを印刷、PDF 化する等、事故報告書の保管を行ってください。



ログイン後、マイページにて「申請履歴一覧・検索」をクリック。



申込番号に応じて、内容の確認ができます。

