

高齢者施設開設者
特別養護老人ホーム管理者
介護老人保健施設管理者 様
介護療養型医療施設管理者
有料老人ホーム管理者

長野県健康福祉部健康長寿課介護支援室長

施設等における入所者預り金等の取扱いについて（通知）

特別養護老人ホーム等の高齢者施設の入所者等の預り金等の出納管理については、「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」（平成12年3月30日付老企第54号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）の通知等に基づき実施しているところです。

この度、一部の高齢者、障害者施設等において、不適切な管理に伴う事故が連続して発生したことから、県では「施設等における利用者等預り金等の取扱いについて」（平成24年2月6日付け23健福政第656号、23地福監第58号 長野県健康福祉部長通知）により適正な執行について特段のご配慮を御願いしております。

預り金については、既に管理規程等を設け適正な管理に努めている事業所も多いと思いますが、今回の事故を受け、別添のとおり入所者預り金規程（例）を作成しましたので、既存の規程を見直しをされる場合や新たに作成する場合の参考にされ、より適正な管理に努めていただきますよう御願いたします。

また、預かり金の不正な着服等の事故が発生した場合には、速やかに別紙様式により報告してください。

介護支援室	室長：有賀秀敏	
サービス係（特養・老健・医療）		担当：小坂利雄
施設係（有料老人ホーム）		担当：須藤一明
電話：026-235-7121 FAX：026-235-7394		
電子メール：kaigo-shien@pref.nagano.lg.jp		

入所者預り金等管理規程（例）

（目 的）

第1条 この規程は、特別養護老人ホーム〇〇〇荘において、心身の状況またはその他の理由により、金銭、預貯金通帳および有価証券等（以下「金銭等」という）を自ら管理することが困難な入所者等が所有する金銭等の管理について、必要な事項を定めるものとする。

（管理の申出）

- 第2条 入所者等または家族もしくは成年後見制度に基づく後見人等（以下「家族等」という。）からの依頼により、施設において入所者等の金銭等（以下「預り金」という。）を管理するものとする。但し、入所者等が施設内で生活するために必要なものにできるだけ限定するものとする。
- 2 前項の依頼があったときは、預り金管理依頼書（様式第1号）を家族等から徴するとともに、入所者等または家族等に預り証（様式第2号）を発行するものとする。
- 3 施設は、入所者等または家族等から委任状（様式第3号）を徴し、その委任に基づき、年金等の受領、施設利用負担経費、日常生活で必要となる経費の支払い等必要な出納事務を行うものとする。
- 4 金銭は、すべて入所者等の名義の預貯金通帳により管理するものとする。
- 5 施設は、入所者等または家族等から預かった預貯金通帳および有価証券等と印鑑は、常に別々の鍵のかかる保管場所に保管しなければならない。

（施設内管理体制）

第3条 施設は、次のとおり管理責任者、出納責任者、保管責任者を置き、事務処理を行うものとする。管理責任者と出納責任者は別の者とするとともに、通帳等と印鑑の保管責任者は別の者とする。

区分	職員	業務
管理責任者	施設長	各種台帳の管理、出納責任者の作成する帳簿・伝票等の決裁、照合
出納責任者	事務員	各種台帳の作成・保管、入金・出金等の出納
保管責任者	施設長	印鑑
	事務員	預貯金通帳、有価証券等

（金銭出納手続）

第4条 預貯金口座からの現金出納に関する事務処理は、すべて入金伝票（様式第4号）または出金伝票（様式第5号）により行うものとする。

（入金手続）

- 第5条 預貯金口座への入金の手続は、次のとおりとする。
- 生活相談員等は、入所者等または家族等から現金の預入の依頼があったときは、他の職員の立会いのもとに、入所者等または家族等から自署した入金依頼書（様式第6号）を徴するとともに、複数職員が自署した入金受諾書（様式第7号）を入所者または家族等に渡し、入金依頼書に現金を添えて事務員に回付する。
- 2 出納事務員は、入金伝票および金融機関所定の入金票を作成し、入金依頼書に、現金と保管する通帳を添えて施設長の決裁を受け、預貯金口座へ入金する。
- 3 事務員は、個人別預り金管理簿（通帳）（様式第8-1号）に必要事項を記載し、入金依頼書を保管する。
- 4 年金等の口座振込みによる入金があった場合は、その都度、事務員が個人別預り金管理簿（通帳）に記載する。

（現金の出金手続）

第6条 入所者等または家族等から支払いの委託を受けている小遣い金等の出金依頼があったときは、

次の手続により支払うこととする。

生活相談員等は、入所者等の自署した出金依頼書（様式第 9 号）を徴し、事務員に回付する。

入所者が自署できないときは、複数職員が自署押印する。

- 2 事務員は、出金伝票および金融機関所定の払戻請求書を作成し、出金依頼書と通帳を添えて施設長に回付する。
- 3 施設長は、出金伝票に決裁し、払戻請求書に保管している印鑑を押したのち、関係書類を事務員に返戻する。
- 4 事務員は、出金事務を行ったのち、個人別預り金管理簿（通帳）に必要事項を記載のうえ、現金を生活相談員等に手渡しする。なお、緊急を要する場合等、特別な場合を除いてキャッシュカードによる現金の引出しは行わないこととする。
- 5 生活相談員等は、他の職員立会のもとに入所者等に現金を引渡したのち、入所者等から自署した受領書（様式第 10 号）を徴して、事務員に回付する。入所者が自署できないときは、複数職員が自署押印する。
- 6 事務員は、施設長の決裁を受けたのち、個人別預り金管理簿（通帳）に必要事項を記載のうえ、証憑書類（入金依頼書、預金通帳、受領書、領収書等）を保管する。
- 7 生活相談員等は、入所者等が現金を支払いの都度、個人別預り金管理簿（現金）（様式第 8-2 号）を作成する。

（利用料等の支払い事務手続）

第 7 条 入所者等または家族等から支払いの委託を受けている利用料等の出金依頼があったときは、次の手続により出金手続を行い、支払を行う。

- 2 生活相談員等は、入所者等の自署した出金依頼書（様式第 9 号）を徴し、事務員に回付する。入所者が自署できないときは、複数職員が自署押印する。
- 3 事務員は、出金伝票および金融機関所定の払戻請求書を作成し、出金依頼書と通帳を添えて施設長に回付する。
- 4 施設長は、出金伝票に決裁し、払戻請求書に保管している印鑑を押したのち、関係書類を事務員に返戻する。
- 5 事務員は、金融機関において現金の払い出しを受け、指定された金融機関に振込みを行い、支払いを行う。この際の支払い証拠書を受け取る。
- 6 事務員は、出金事務を行ったのち、個人別預り金管理簿（通帳）（様式第 8-1 号）に必要事項を記載し、施設長の確認を得る。なお、緊急を要する場合等、特別な場合を除いてキャッシュカードによる現金の引出しは行わないこととする。証憑書類（入金依頼書、預金通帳、受領書、領収書等）を保管する。
- 7 入所者等の定期的に支払いが生じる利用料等については、本条の規程に準じて出金処理を行うこととする。

（有価証券等の保管）

第 8 条 事務員は、個人別預貯金通帳・有価証券等保管簿（様式第 11 号）を作成のうえ、常時、金庫において保管し、毎月、施設長が有価証券等と照合するものとする。

- 2 施設は、定期性預貯金および有価証券が満期日もしくは償還日に到達した場合、今後の管理について入所者等または家族等と協議し管理方法を決定する。

その結果、第 2 条第 2 項の依頼内容に変更が生じる場合は、再度、所定の手続を行うものとする。

（管理の解約）

第 9 条 退所の場合または入所者等もしくは家族等から管理の解約（一部解約を含む）の申し出がある場合は、金銭等引継書（様式第 12 号）を取り交わすものとする。

（報告）

第 10 条 事務員は、預り金の収支状況について、毎月、個人別月末確認表（様式第 13 号）を作成し、施設長に報告するとともに、年 4 回四半期ごとに、収支残高を入所者等または家族等に、個人別預り金管理簿、個人別預貯金通帳・有価証券等保管簿および通帳の写しを添えて報告しなければ

ならない。

（点検）

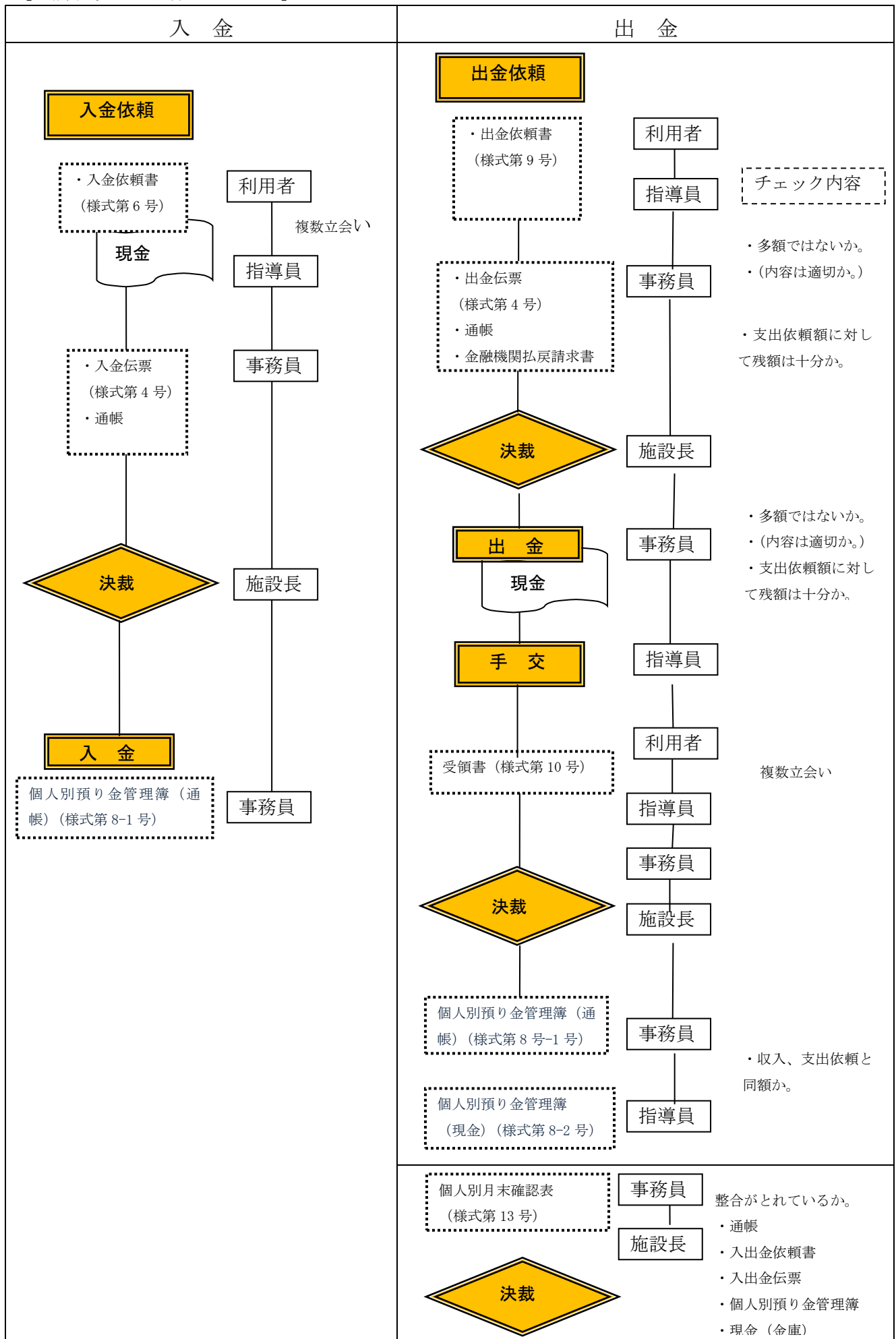
第 11 条 施設長は、毎月、事務員が取り扱った入金・出金について、個人別月末確認表と個人別預り金管理簿（通帳）、個人別預り金管理簿（現金）及び入金・出金伝票と照合しなければならない。

（説明の要求等）

第 12 条 施設は、入所者等または家族等から金銭等の管理状況の説明を求められた場合は、速やかに対応しなければならない。

この規程は、平成 年 月 日から施行する。

【入所者預り金事務処理フロー】



(様式第 1 号)

施設長	合 議	事務員

預り金管理依頼書

平成 年 月 日

施 設 長 様

入所者氏名_____・

家族等氏名_____・

(続柄) _____

私は、この度 _____ に入所することとなりました。
つきましては、下記の金銭等の管理を依頼します。

記

品 名	数 量 また は 金 額	摘 要

(様式第2号)

預 り 証

平成 年 月 日

入所者氏名 _____ 様

家族等氏名 _____ 様
(続柄) _____

施設名 _____

施設長



下記の金銭等、確かにお預かりしました。

記

品 名	数量または金額	摘 要

委任状

私は、 施設長 を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

- 1 年金等の受領、見舞い金等の預け入れ
- 2 費用徴収金の支払い
- 3 健康保険料（税）等の支払い、医療費の支払い
- 4 市民税、その他諸税の支払い
- 5 小遣い金の引き出し、預け入れ
- 6 嗜好品など臨時的な支出に伴う支払い

平成 年 月 日

施設長 様

入所者氏名 _____ 印

家族等氏名 _____ 印

（続柄） _____

(様式第4号)

入金伝票

平成 年 月 日

入所者氏名_____

摘 要	金 額
合 計	

決 裁	施設長	合 議	事務員

(様式第5号)

出金伝票

平成 年 月 日

入所者氏名_____

摘 要	金 額
合 計	

決 裁	施設長	合 議	事務員

(様式第 6 号)

入 金 依 頼 書

平成 年 月 日

指導員 様

入所者氏名 _____

(自 署)

家族等氏名 _____

(自 署)

続柄 _____

- 1 私の預貯金口座へ下記の金額を入金してください。
- 2 入所者 _____ の預貯金口座へ下記の金額を入金してください。

¥ _____ 円

(様式第 7 号)

入 金 受 諾 書

平成 年 月 日

入所者氏名 _____ 様

家族等氏名 _____ 様

続 柄 _____

指導員氏名 _____ .

(自 署)

立会職員名 _____ .

(自 署)

- 1 依頼がありました下記の金額を、あなたの預貯金口座に入金します。
- 2 依頼がありました下記の金額を、入所者 _____ 様の預貯金口座に入金します。

¥ _____ 円

(様式第8号-1)

個人別預り金管理簿（通帳）

入所者名 _____

(口座番号)

金融機関名 _____ 支店 _____

日 付	摘 要	入 金	出 金	残 高
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

*通帳の写しでも可

(様式第 8 号-2)

個人別預り金管理簿（現金）

入所者名 _____

日 付	摘 要	入 金	出 金	残 高
/	前月からの繰越			
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

*（様式8-1）の現金のみ

(様式第9号)

出 金 依 頼 書

平成 年 月 日

施 設 長 様

入所者氏名 _____

(自 署)

(自署不可能のときは)

指導員氏名 _____ 印

(自 署)

立会職員名 _____ 印

(自 署)

私の預貯金口座から小遣い金等として、下記の金額を出金してください。

¥ _____ 円

(様式第10号)

受 領 書

平成 年 月 日

施 設 長 様

入所者氏名 _____

(自 署)

(自署不可能のときは)

指導員氏名 _____ 印

(自 署)

立会職員名 _____ 印

(自 署)

依頼していました下記の金額を確かに受け取りました。

¥ _____ 円

決	施設長	合 議	事務員	指導員
裁				

(様式第 1 1 号)

個人別預貯金通帳・有価証券等保管簿

入所者名_____

預り年月日	預貯金通帳・ 有価証券等の種類	額面・数量	満期日・ 償還日	備考
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

金 銭 等 引 継 書

平成 年 月 日

(引渡者)

_____施設長_____印

(引受者)

入 所 者 氏 名_____印

家 族 等 氏 名_____印

続柄_____

下記のとおり、入所者_____にかかる金銭等の引き渡しをし、
引き継ぎを受けました。

記

品 名	数量または金額	摘 要

※ 二通作成し、引渡者、引受者各々一通を保管する。

(様式第13号)

決 裁	施設長	事務員

個人別月末確認表（ 月分）

(単位：円)

氏名	通帳				現金（金庫）			
	前月繰越	入金	出金	次月繰越	前月繰越	入金	当月残	次月繰越
計								

事 故 報 告 書

(別紙様式)

(* 不祥事案に限る)

長野県健康福祉部長 様

令和 年 月 日

法人名称
代表者等氏名

印

当施設において、次のような事故が発生したので報告します。

1 事業所	施設名及び所在地	施設名 所在地 電話番号
	施設種別	
	施設長氏名	
2事故 対象者 (利用者)	氏名等	氏名 (男・女) 年 月 日生 (歳) 住所 電話番号
	家族等の状況	
3 事故の 概要	①発生日時	令和 年 月 日 (曜日) 時 分
	②種別 (該当するものに○をする)	職員の法令違反、不祥事(預金の着服)、その他 ()
	③経過(経緯)	
	④原因究明	
4 応急的 対応	①入所者及び家族等への 説明	
	②他の社会福祉施設 (同一法人内)の現状把握	
	③その他	
5 再発防止策(当面)		
6 今後 の 対応	①理事会等の対応	
	②恒久的再発防止策の検討	
	③事実の公表	
	④責任の所在	
	⑤その他	

※ 事故が発生した場合は、直ちに長野県健康福祉部介護支援課施設係へ報告してください。

各

都道府県
指定都市
中核市

 住宅担当部局
福祉担当部局

国土交通省住宅局安心居住推進課
厚生労働省老健局高齢者支援課

サービス付き高齢者向け住宅及び有料老人ホームにおける事故の報告様式等について

平素より、高齢者等住宅施策の推進にご協力いただき、ありがとうございます。

先般、介護保険施設等における事故報告の様式について、厚生労働省において標準となる様式（以下、「標準様式」という。）を作成し、別添「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3年3月19日付厚生労働省老健局高齢者支援課長ほか連名通知）」

（以下、「厚生労働省通知」という。）により、介護保険施設等から市町村への報告における積極的な活用について、都道府県等の介護保険主管部局に対して周知されました。

サービス付き高齢者向け住宅及び有料老人ホーム（以下、「サービス付き高齢者向け住宅等」という。）における事故の情報提供につきましては、従来、「有料老人ホーム等における事故の情報提供のお願いについて（平成24年5月25日付事務連絡）」（以下、「国土交通省等事務連絡」という。）に基づき、国土交通省及び厚生労働省への情報提供をお願いしているところですが、今般、厚生労働省において標準様式が定められたことを踏まえて、サービス付き高齢者向け住宅等における事故の都道府県等への報告及び国への情報提供についても、下記の通り標準様式を活用することとしますので、引き続きご協力をお願いします。

記

1 様式

サービス付き高齢者向け住宅等の登録事業者又は設置者から都道府県等への事故報告を行う場合及び都道府県等から国への情報提供を行う場合については、標準様式を積極的に活用するとともに、事故等が発生した際の事故原因の調査と再発防止策の策定についても、標準様式を活用した指導の徹底をお願いします。

2 報告及び情報提供の対象となる事故等

（1）登録事業者又は設置者から都道府県等への事故報告の対象となる事故等

事故報告の対象は、以下の事故等となります。

ア 死亡事故（死亡後に相当期間の放置がなされた場合を含む。）

- イ 医師の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故
- ウ 入居者に対する虐待
- エ 入居者の財産侵害（職員による窃盗等）
- オ 火災事故
- カ 自然災害による施設の滅失、損傷

等

（２）都道府県等から国への情報提供の対象となる事故等

情報提供の対象は、国土交通省等事務連絡において従来対象として例示している事故等（２（１）のア、ウ～カ）その他となります。引き続き、これらの事故等について情報提供いただくようお願いします。

３ 情報提供の内容

情報提供を行う時点に応じて、次の内容について情報提供をお願いします。（国土交通省等事務連絡から内容の変更はありません。）

（１）事故の発生日点

- ・事故の発生日（標準様式の「４事故の概要」欄）
- ・事故が発生したサービス付き高齢者向け住宅等の名称、住所（標準様式の「２事業所の概要」欄）
- ・当該サービス付き高齢者向け住宅等を運営する法人の名称（標準様式の「２事業所の概要」欄）
- ・事故の概要（標準様式の「１事故状況」、「３対象者」、「４事故の概要」、「５事故発生時の対応」及び「６事故発生後の状況」欄）

（２）事故後の再発防止策の策定時点

- ・事故の原因に係る調査結果（標準様式の「７事故の原因分析」欄）
- ・当該調査結果を受けて行う再発防止策の内容（標準様式の「８再発防止策」欄）

４ 連絡先

サービス付き高齢者向け住宅については国土交通省と厚生労働省、有料老人ホームについては厚生労働省に、標準様式を活用し、引き続き情報提供をお願いいたします。その際、できる限り電子メールにより提出していただくようお願いします。

国土交通省 住宅局 安心居住推進課 高齢者住宅企画係

電話番号：03-5253-8111（内線 39835） 03-5253-8952 【夜間直通】

E-mail：hqt-anshin-kyoju02@gxb.mlit.go.jp

厚生労働省 老健局 高齢者支援課 高齢者居住支援係

電話番号：03-5253-1111（内線 3981） 03-3595-2888 【夜間直通】

E-mail：kourei-juutaku@mhlw.go.jp

以上

老高発 0319 第 1 号
老認発 0319 第 1 号
老老発 0319 第 1 号
令和 3 年 3 月 19 日

都道府県
各 指定都市 介護保険主管部（局）長 殿
中 核 市

厚生労働省老健局高 齢 者 支 援 課 長
（ 公 印 省 略 ）
認知症施策・地域介護推進課長
（ 公 印 省 略 ）
老 人 保 健 課 長
（ 公 印 省 略 ）

介護保険施設等における事故の報告様式等について

介護保険施設については、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十九号）、介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十号）、健康保険法等の一部を改正する法律附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十一号）、介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成三十年厚生労働省令第五号）、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十八年厚生労働省令第三十四号）に基づき、サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずることとされている。

今般、「令和 3 年度介護報酬改定に関する審議報告」（令和 2 年 12 月 23 日社会保障審議会介護給付費分科会）において、「市町村によって事故報告の基準が様々であることを踏まえ、将来的な事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等の検討に資する観点から、国において報告様式を作成し周知する」とされたことも踏まえ、介護保険施設等における事故報告の様式を別紙のとおり示すので、同様式の活用及び管内市町村や管内事業所への周知をお願いする。

記

1. 目的

- 介護事故の報告は、事業所から市町村に対してなされるものであるが、報告された介護事故情報を収集・分析・公表し、広く介護保険施設等に対し、安全対策に有用な情報を共有することは、介護事故の発生防止・再発防止及び介護サービスの改善やサービスの質向上に資すると考えられる。
- 分析等を行うためには、事故報告の標準化が必要であることから、今般、標準となる報告様式を作成し、周知するもの。

2. 報告対象について

- 下記の事故については、原則として全て報告すること。
 - ①死亡に至った事故
 - ②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事故
- その他の事故の報告については、各自治体の取扱いによるものとする。

3. 報告内容（様式）について

- 介護保険施設等において市町村に事故報告を行う場合は、可能な限り別紙様式を使用すること。※市町村への事故報告の提出は、電子メールによる提出が望ましい。
- これまで市町村等で用いられている様式の使用及び別紙様式を改変しての使用を妨げるものではないが、その場合であっても、将来的な事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等の検討に資する観点から、別紙様式の項目を含めること。

4. 報告期限について

- 第1報は、少なくとも別紙様式内の1から6の項目までについて可能な限り記載し、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。
- その後、状況の変化等必要に応じて、追加の報告を行い、事故の原因分析や再発防止策等については、作成次第報告すること。

5. 対象サービスについて

- 別紙様式は、介護保険施設における事故が発生した場合の報告を対象とし作成したものであるが、認知症対応型共同生活介護事業者（介護予防を含む）、特定施設入居者生活介護事業者（地域密着型及び介護予防を含む）、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム及び軽費老人ホームにおける事故が発生した場合にも積極的に活用いただきたい。また、その他の居宅等の介護サービスにおける事故報告においても可能な限り活用いただきたい。

事故報告書（事業者→〇〇市（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：西曆 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 ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M								
	発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃（24時間表記）
4事故の概要	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		☐ 異食					☐ 不明			
		☐ 転落		☐ 誤薬、与薬もれ等					☐ その他（ ）			
発生時状況、事故内容の詳細	☐ 誤嚥・窒息 ☐ 医療処置関連（チューブ抜去等）											
5事故発生時の対応	その他特記すべき事項											
	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												
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													