

介護サービスにおける  
事故報告事務取扱の手引き

令和8年4月1日現在

諏訪広域連合介護保険課

## 1. はじめに

介護サービス提供中に事故が発生した場合は、当該利用者の家族や関係各所への連絡を含め速やかに適切な対応を行うとともに記録し、保険者へ報告することが義務づけられています。

なお、**死亡事故や重大事故が発生した際には早急に保険者までお知らせください。(電話連絡可)**

## 2. 事故報告の範囲について

- (1) サービス提供中に利用者が死亡又は負傷した場合（誤薬及び誤嚥を含む）
- (2) 食中毒が発生した場合
- (3) 以下の感染症が発生した場合（※職員も報告範囲に含む）
  - ・ 感染症法に1～3類感染症及び指定感染症、新感染症と定められているもの
  - ・ レジオネラ症及び疥癬
- (4) 利用者が無届で離脱又は行方不明になった場合
- (5) 職員の不祥事や法令違反等が発覚した場合
- (6) その他の事故（病気死亡含む）により利用者の家族等から苦情が出ている場合
- (7) 管理者が必要と認めた場合
- (8) 広域または市町村から提出を求められた場合

## 3. 事故報告書（パスワード付 Excel）の作成について

下記の各項のとおり、期限厳守で報告をしてください。

**【第1報：事故発生日から5日以内】【最終報：事故発生日から1か月以内】**

**重大事故や取り急ぎ報告が必要なものは早急に電話連絡にて報告してください。**

### (1) 第1報

- ・ 「事故報告書」の第1報に✓（チェック）を入れ、項目1～6を記載。
- ・ 報告書提出が最優先のため、この時点では添付資料なしでも構いません。  
※添付書類の準備のために報告が遅れることがないように注意してください。

### (2) 追加報告

- ・ 第1報から状況に変化があった場合は「事故報告書」の第\_\_\_報に該当の数字（報告数）を入力し✓（チェック）を入れ、変更部分を記載。
- ・ (3)【添付書類】が整った時点で提出していただいても構いません。状況に変化がない場合は資料のみの提出でも構いません。

### (3) 最終報

事業所内での検証や確認、改善策の検討が終わった時点で報告

- ・「事故報告書」の最終報に✓（チェック）を入れ、項目1～9全てを記載し下記の資料を添付  
第何報が最終報になったかわかるよう、第1報又は第\_\_\_報へも必ず✓（チェック）を入れる
- ・作成済みの「事故報告書」から変更がある部分は修正

【添付資料】（任意様式）

- ①事故発生場所が特定できる図面
- ②事故当日の職員勤務割表
- ③事故対象者の介護記録(写)

## 4. 添付資料について

### (1) 注意事項

様式やデータ形式については、任意のものでかまいません。提出の際には可能な限り下記の

①～③の書類をまとめて提出してください。

#### ①事故発生場所が特定できる図面

できる限りわかりやすいもの(フロアマップ等)を提出してください。

適当なものがない場合には、必要に応じて Excel 等で作成してください。

#### ②事故当日の職員勤務割表

可能な限り勤務割表を提出してください。当日勤務した職員を箇条書きにして提出する事業所  
がありますがあくまで求めているのは勤務表になります。

※職員個人を特定するためではなく、職員配置を確認するために必要となります。

#### ③事故対象者の介護記録(写)

事故発生日から最終報提出時までの記録を提出してください。

### (2) 提出方法

(1)の①～③を個人情報保護の観点から1つのパスワード付ZIPファイルにしてください  
提出してください。パスワードについては、事故報告書と同じパスワードを設定してください。

## 5. 事故報告書の提出方法について

(1) 提出は電子メールのみになりますので、紙ベースでの提出は原則受付できません。

- (2) 提出先は事業所が所在する市町村の介護保険担当課となります。(P.5参照)
- ・ 諏訪広域連合の区域外に所在する事業所で諏訪広域連合被保険者に対象の事故が発生した場合は住所地の市町村に提出が必要になりますので諏訪広域連合までお問い合わせください。
  - ・ 諏訪広域連合以外が保険者になっている被保険者が対象の事故が発生した場合には報告の有無も含めて保険者と協議を行ってください。
- (3) メール及び事故報告書(Excelファイル)のタイトルは以下の通りとしてください。
- ・ **メールタイトル：「事故報告」**
  - ・ **事故報告書：【第○報】○○○(事業所名)**

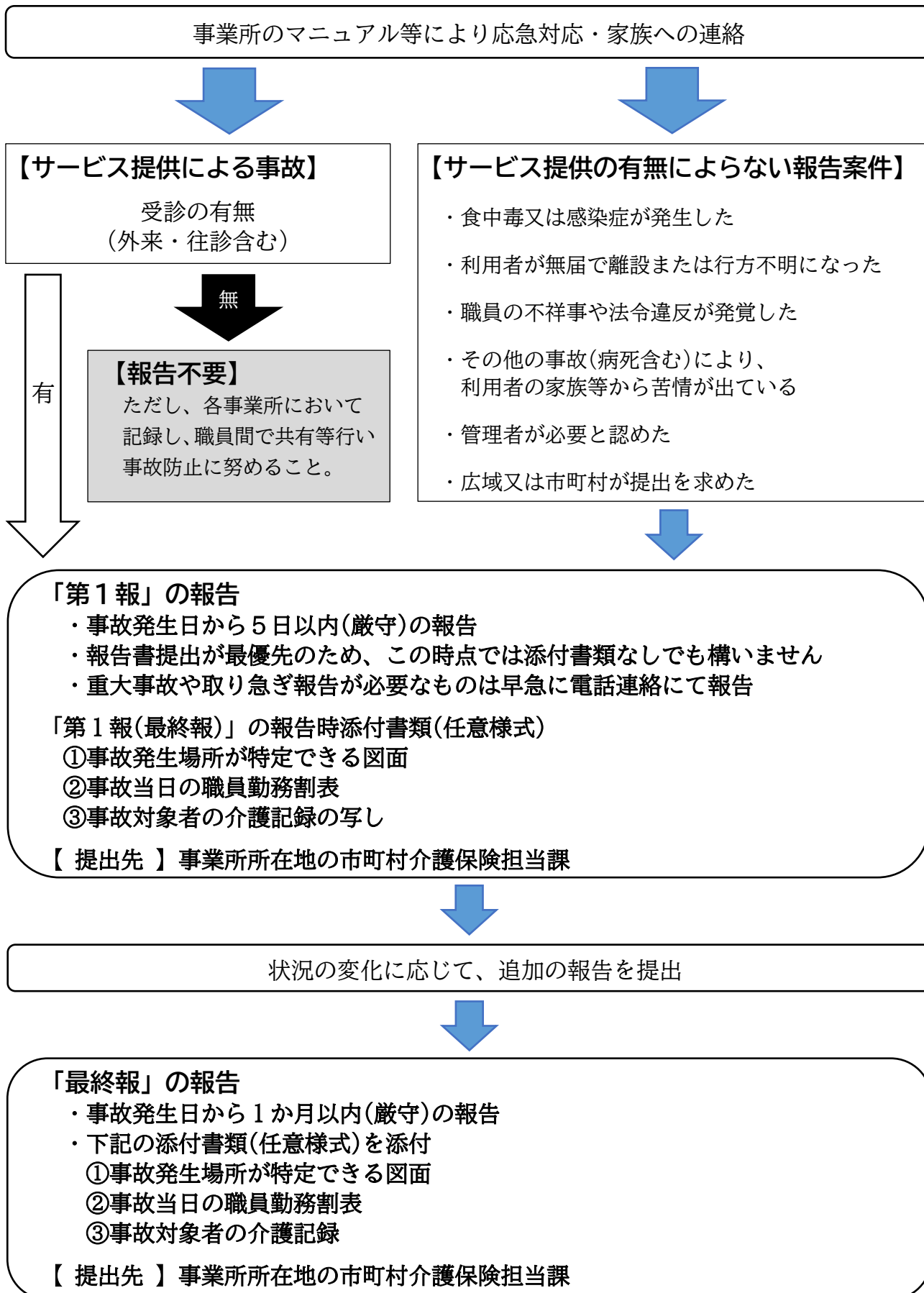
(例) 【第1報】グループホーム長野
--------------------

## 6. 注意事項

- (1) 個人情報保護のため、事故報告書にパスワードを設定しております。  
各事業所へ別途パスワードを通知しておりますが、パスワードがわからない場合は諏訪広域連合へお問い合わせください。
- (2) 事故報告は同じような事故が起きないように防止対策を確立するためのものであって、発生した事故の責任の所在を追求するためのものではありません。
- (3) 会話内容や受け答え、バイタル測定の数値などの記載は必要ありませんので、事故が起きた状況やどういった対応をしたかなどについて詳細を記載してください。
- (4) 職員の個人情報は必要ありませんので、事故報告書に職員の氏名を記載しないでください。
- (5) 事故報告書を市町村へ送付する際には、必ずメールに事故の内容がわかる担当者名と連絡先を記入してください。
- (6) 事故報告書様式のExcelファイルにシートを追加しないでください。  
添付資料は別添として提出してください。
- (7) 診断名についての記載漏れが多いため聞き取り等忘れずに行ってください。
- (8) **事故報告書の4 事故の概要「発生時状況、事故内容の詳細」については、時系列に沿って細かく記載してください。**  
(何時にどこでどのような状況で発生、何時に誰が判断しどんな対応をしたか、何時に救急要請  
何時に救急搬送、何時に病院着 等)
- (9) 新型コロナウイルスやインフルエンザ等の感染症については、集団感染時のみ提出してください。

# 事故発生時のフローチャート

(注：詳細はP.1～P.3参照)



## 6. お問い合わせ

ご不明な点等ありましたら、諏訪広域連合介護保険課までお問合せください。

市町村名 【担当部署】	住 所	連 絡 先
諏訪広域連合 【介護保険課 事業所係】	〒391-8501 茅野市塚原 2-6-1 (茅野市役所内)	電話：82-8162 (直通) FAX：71-2071 e-mail：Kaigojigyousyo@union.suwa.lg.jp
岡谷市 【介護福祉課 介護保険担当】	〒394-8510 岡谷市幸町 8-1	電話：23-4811 (代表) (内線 1269・1276~1279) FAX：21-1101 e-mail：kaigofukusi@city.okaya.lg.jp
諏訪市 【福祉介護課 介護保険係】	〒392-8511 諏訪市高島 1-22-30	電話：52-4141 (代表) (内線 238・239) FAX：53-6073 e-mail：kaigo@city.suwa.lg.jp
茅野市 【保険課 介護保険係】	〒391-8501 茅野市塚原 2-6-1	電話：72-2101 (代表) (内線 335) FAX：73-0391 e-mail：koureihoken@city.chino.lg.jp
下諏訪町 【保健福祉課 介護保険係】	〒393-8501 下諏訪町 4613-8	電話：27-1111 (代表) (内線 124・125) FAX：27-1676 e-mail：kaigo@town.shimosuwa.lg.jp
富士見町 【保健福祉課 介護高齢者係】	〒399-0292 富士見町落合 10777	電話：62-9133 (直通) FAX：62-5228 e-mail：hofuku@town.fujimi.lg.jp
原村 【保健福祉課 福祉係】	〒391-0104 原村 6649 番地 3 (原村地域福祉センター内)	電話：79-7092 (直通) FAX：79-7093 e-mail：fukushi@vill.hara.lg.jp

※各様式等は広域連合ホームページに掲載しております。

<https://www.union.suwa.lg.jp/site/kaigo/jiko-houkoku.html>



## 7. 事故報告書様式

### 事故報告書 (事業者 → 所在市町村担当課 → 諏訪広域連合介護保険課)

(別紙)

※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： 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	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	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
	サービス提供開始日	西暦		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									
		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									
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	<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 ( )										
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> (自由記載3) <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> (自由記載1) <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> (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											

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 <small>☒</small> 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(部位: ) <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"/> 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)	<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										
	家族等への報告(詳細)	(連絡日時、連絡内容、家族の対応等)									
損害賠償等の状況	保険加入の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
	賠償の有無	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 完結 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 交渉無 ) <input type="checkbox"/> 無									
	内容										
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											

## 8. 事故報告書【記入例】

事故報告書（事業者→所在市町村担当課→諏訪広域連合介護保険課）

〈記入例〉

(別紙)

※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

最終報告の場合、最終報告にもチェック

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第____報	<input type="checkbox"/> 最終報告
------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

提出日：西暦2024年4月4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 checked="" 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	西暦		年		月		日				
2事業所の概要	法人名	社会福祉法人〇〇会										
	事業所(施設)名	特別養護老人ホーム〇〇					事業所番号	20〇〇〇〇〇〇〇〇				
	サービス種別	介護老人福祉施設		プルダウンメニューから選択								
	所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地										
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名	原 一郎		年齢	93歳		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
	サービス提供開始日	西暦	2021	年	10	月	1	日	保険者	諏訪広域連合		
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他(〇〇市△△町1-3-3)										
	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 checked="" 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									
	認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
4事故の概要	発生日時	西暦	2024	年	4	月	1	日	13	時	30	分頃(24時間表記)
	発生場所	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> (自由記載3) <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> (自由記載1) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> (自由記載2)										
	発生時状況、事故内容の詳細	13:30 居室より本人の叫び声が聞こえたため訪室すると、ベッド右側にて長座位になっている本人を発見。「トイレの後、ベッドに戻ろうとして歩行中にバランスを崩して転倒し、右足が痛い」とのこと。 看護職員へ連絡。 13:40 看護職員の所見から骨折が疑われるため、管理者、医師へ報告し、緊急受診となる。管理者から身元引受人(長男)に連絡。転倒の経緯と救急搬送になる旨伝え、病院への付添を依頼したところ承される。 14:20 病院にて長男と合流。〇〇病院に緊急搬送され、入院となる。 4/3に手術予定とのこと。										
その他 特記すべき事項	本人は、屋食後少し休みたいとのことで居室にいた。											

事故が発生・発覚した  
最初の日時を記載

自由記載部分の全体的なポイント  
「いつ」、「誰が」、「どこで」、「どのように」  
「どうして(理由)」行動したかの経過がわかるよう、  
具体的に記載をお願いします。

4 事故の概要 事故全体の概要を  
「時系列」で記載

5 事故発生時の対応	発生時の対応	<p>13:30 本人の全身状態を確認。右大腿部の痛みあり。  13:40 看護職員が本人の全身状態を確認。右大腿部に腫脹、熱感、内出血あり。  職員と看護職員で介助しベッドに移乗。臥床してもらったが、移乗中も顔をしかめ、痛みを我慢している様子があった。  右大腿部の痛みを訴えられており、意識は清明で受け答えははっきりしている。  バイタル測定し異状がみられた。  併せて、受傷部位を動かそうとすると強い痛みの訴えもあり、緊急性が高いと判断。本人の了解を得て、救急搬送とした。</p>								
	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 checked="" type="checkbox"/> 救急搬送 <input checked="" type="checkbox"/> その他( )								
	受診先	医療機関名	〇〇病院	連絡先(電話番号)	5 2 - 1234					
	診断名	右大腿骨頸部骨折								
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折(部位:右大腿部) ( ) <input type="checkbox"/> その他( ) ( )								
	検査、処置等の概要	レントゲン撮影、CT撮影 4/3 手術(人工骨頭置換術)予定    行った、または今後行う予定の検査、医療処置があれば記載								
6 事故発生後の状況	利用者の状況	4/1 16:30 長男からの連絡で、本人の状態は安定しているとのこと。 4/1 17:00 入院中の衣類、内服薬などの追加分を家族に渡す。 4/3 11:30 長男から連絡あり。手術が無事に終了したとのこと。医師から、このまま問題がなければリハビリを行い、3~4週間後に退院の話があったと話される。 ・長男から退院時には当施設に戻れるのか相談あり。本人にも確認が必要だが、施設では受入れ可能の旨を伝える。 4/1 16:00 担当ケアマネジャーに報告。								
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他( )							
		報告年月日	西暦	2024	年	4	月	1	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	特になし    利用者・家族とのトラブル等があれば記載(記入欄が不足する場合は、セルを広げたり、利用者状況の空欄を利用してください。)								
	家族等への報告(詳細)	(連絡日時、連絡内容、家族の対応等) 13:40頃、身元引受人(長男)に事故発生について連絡。これより緊急受診となる旨を説明し、病院への付添を依頼したところ了承される。 14:20 病院にて身元引受人(長男)と合流。事故発生時の状況について説明。 4/2 身元引受人(長男)が来所され、改めて事故発生時の状況及び今後の対応について施設長よりあらためて説明した。施設の責を問う言葉等は聞かれず、施設側の過失による事故ではないことを承知していただく。								
損害賠償等の状況	保険加入の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
	賠償の有無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 完結 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 交渉無( ) <input checked="" type="checkbox"/> 無								
	内容	損害賠償等の状況があれば記載								
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) <b>例</b> 【本人要因】 ・日常的に、歩行時や立ち上がりの際にふらつき等があり転倒リスクがある方。 ベッドまで移動している際に体勢を崩して転倒したものと考えられる。 【職員要因】 ・他利用者のケアに入っている職員が多く、目が配りきれていなかった。 【環境要因】 ・センサーマットは利用していなかった。									
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) <b>例</b> ・転倒の既往がある場合は、転倒リスクが高い状況であることから、早期にセンサーマットの導入やベッド位置の検討を行う。 ・4/2 本人居室にて、シミュレーションを実施(管理者、看護職員、介護士、計画作成者、相談員) ・疾患・症状から起きやすい事故(脳梗塞により麻痺があれば転倒しやすいなど)を個別に想定し、具体的支援につなげられるよう職員間で共有。朝礼、夕礼の時間を利用して、職員全体が疾病や症状に理解を深められるよう、看護職員等から情報提供を行っている。									
9 その他 特記すべき事項	上記は一例です。再発防止のために行ったこと(今後行う予定も可)を、すべて記載するようにしてください。									

## パスワード付 Zip ファイル作成方法

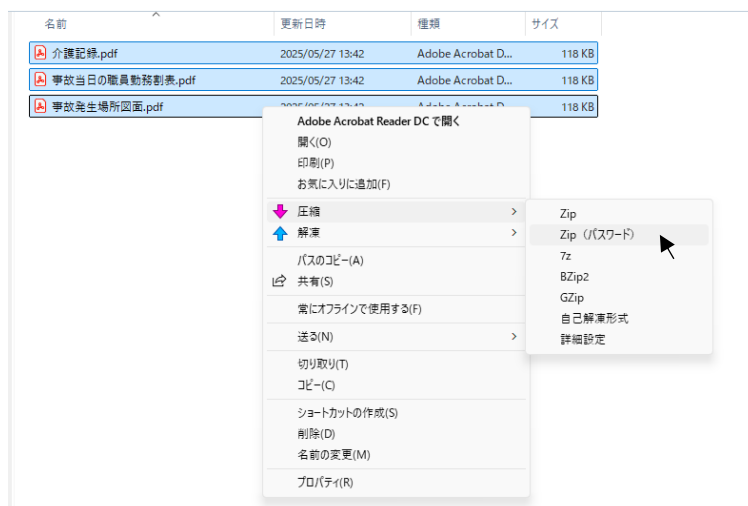
### ① 圧縮するファイルを選択



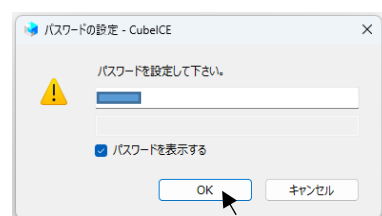
### ② ファイルにカーソルを合わせて右クリック



### ③ 圧縮 → Zip (パスワード) をクリック



### ④ パスワードを入力し OK をクリック



### ⑤ 完成

完成した Zip ファイルを提出してください。

○諏訪広域連合介護サービスにおける事故報告事務取扱要領

平成 16 年 10 月 1 日

告示第 6 号

(趣旨)

第 1 条 この要領は、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、介護予防支援事業者、施設サービス事業者、第 1 号訪問介護事業者及び第 1 号通所介護事業者（以下「事業者」という。）が諏訪広域連合（以下「広域連合」という。）の区域内において実施する介護保険サービスの提供により発生した事故（以下「介護事故」という。）を把握するとともに、事業者による介護事故への速やかな対応と介護事故防止への取り組みを支援、促進することにより、介護サービスの質の向上と安心してサービス利用ができるサービス提供体制の確立を目指すことを目的として、広域連合への事故報告の手続について必要な事項を定めるものとする。

(事故の報告)

第 2 条 事業者は、介護事故が発生した場合は、介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 51 号）、介護保険法に基づく指定介護予防サービス等の事業の従業者、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のために効果的な支援の方法の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 52 号）、介護保険法に基づく指定介護老人福祉施設の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 53 号）、旧介護保険法に基づく指定介護療養型医療施設の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 54 号）、介護老人保健施設の従業者、施設及び設備並びに運営の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 55 号）、介護保険法に基づく指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に係る基準に関する条例（平成 25 年諏訪広域連合条例第 3 号）、介護保険法に基づく指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に係る基準に関する条例（平成 25 年諏訪広域連合条例第 4 号）、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例（平成 27 年諏訪広域連合条例第 1 号）、介護予防訪問介護相当サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成 29 年諏訪広域連合告示第 10 号）、介護予防通所介護相当サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成 29 年諏訪広域連合告示第 11 号）、訪問型サービス A の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成 29 年諏訪広域連合告示第 12 号）、通所型サービス A の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成 29 年諏訪広域連合告示第 13 号）及び介護保険法に基づく指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準に関する条例（平成 30 年諏訪広域連合条例第 1 号）の規定（以下「運営基準」という。）に基づき、広域連合に速やかに報告するものとする。

(報告の範囲)

第3条 事業者が広域連合に報告する介護事故は、次に掲げる場合とする。

なお、報告対象とする介護事故は、過失の有無を問うものではない。

(1) サービス提供中に、利用者が死亡又は負傷した場合

ア 「サービス提供中」とは、送迎中も含め、サービスを提供している時間帯を通して全て含まれるものとする。ただし、短期入所サービス、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護及び介護保険施設サービスにおいては、入所から退所までとする。

イ 「死亡」とは、事故死亡を指し、病気死亡は報告対象外とする。ただし、病死でも死因等に疑義が生じ、利用者の家族等から苦情が出ている場合は、全て報告対象とする。

ウ 「負傷」とは、医師の保険診療を要したものを（異常なしと診断されたものを含む。）報告対象とする。ただし、医師の保険診療を要しなくとも、負傷により利用者の家族等から苦情が出ている場合は、全て報告対象とする。

(2) 食中毒の発生が認められた場合

(3) 次にあげる感染症等の発生が認められた場合

ア 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）に定める1類感染症、2類感染症及び3類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症、レジオネラ症及び疥癬<sup>かいせん</sup>の発生が認められた場合（発生者は利用者・職員を問わない。）

イ 同一の感染症による又は同一の感染症若しくは食中毒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

ウ 同一の感染症の患者又は同一の感染症若しくは食中毒（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に定める感染症の病原体によるもの。）が疑われる者が全利用者の半数又は10名以上発生した場合

エ イ及びウ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、特に従業者が報告を必要と認めた場合

(4) 利用者が無届で外出し、警察、消防等に捜索の協力を依頼した場合

(5) その他事故により、利用者の家族等から苦情が出ている場合及び介護保険の事業運営から保険者に報告する必要があると認められる場合

(6) 各号に掲げるもののほか、広域連合長が特に必要と認める場合

(報告の方法)

第4条 事業者は、介護事故が発生したときは、次に定めるところにより広域連合へ報告する。

(1) 事業者は、第1報として、介護サービス等の提供に係る事故報告書・第1報（様式第1号）を介護事故発生後7日以内に広域連合に提出するものとする。ただし、死亡事故、虐待及び職員の不祥事・法令違反等、緊急又は重大事故の発生（発生が疑われる場合を含む。）にあつては、事故発

生後速やかに電話等の手段により報告すること。

なお、事故発生後7日以内に事故が完結した場合は、介護サービス等の提供に係る事故報告書（短期間で完結した場合）（様式第3号）により、事故発生場所が特定できる図面、事故当日の職員勤務割表及び事故対象者の介護記録の写しを添えて広域連合に提出するものとする。

(2) 事業者は、第2報として、経過報告並びに再発防止への対応策及び改善策を記載した介護サービス等の提供に係る事故報告書・第2報（様式第2号）を、介護事故発生後1ヶ月以内に広域連合に提出するものとする。

ただし、1ヶ月を経過しても事故が完結していない時は記入日現在の進捗状況等も記載する。

(3) 事業者は、第2報時に、事故発生場所が特定できる図面、事故当日の職員勤務割表及び事故対象者の介護記録の写しを添付するとともに、必要に応じて広域連合から求められた資料を提出するものとする。

(4) 広域連合は、第2報時に事故が完結していない場合は、その後においても必要に応じて資料の提出を求めることができるものとする。

（報告書の提出先）

第5条 介護サービス等の提供に係る事故報告書は、当該事業者の所在する市町村（以下、所在市町村という。）介護保険担当課に提出し、市町村は広域連合介護保険課に回付する。なお、保険者が広域連合以外である利用者に係る介護事故については、所在市町村に加えて当該利用者の保険者へも報告する。

（事故防止等）

第6条 広域連合は、事故報告を取りまとめ、事故防止等に資するものとする。

（その他）

第7条 この要領で定めるもののほか、事故報告に関して必要な事項は、広域連合長が別に定める。

附 則

この告示は、平成16年10月1日から施行する。

附 則（平成20年4月1日告示第15号）

この告示は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成29年3月25日告示第7号）

この告示は、平成29年4月1日から施行する。

附 則（令和3年3月31日告示第14号）

1 この告示は、令和3年4月1日から施行する。

附 則（令和4年4月1日告示第17号）

この告示は、令和4年4月1日から施行する。

## 諏訪広域連合介護サービスにおける事故報告事務取扱要領の一部を改正する要領

諏訪広域連合介護サービスにおける事故報告事務取扱要領（平成 16 年諏訪広域連合告示第 6 号）の一部を次のように改正する。

第 2 条を次のように改める。

（事故の報告）

第 2 条 事業者は、介護事故が発生した場合は、次の各号に掲げる条例及び要綱の規定に基づき、速やかに広域連合に報告するものとする。

- （1）介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 51 号）
- （2）介護保険法に基づく指定介護予防サービス等の事業の従業者、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 52 号）
- （3）介護保険法に基づく指定介護老人福祉施設の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 53 号）
- （4）介護老人保健施設の従業者、施設及び設備並びに運営の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 55 号）
- （5）介護医療院の従業者、施設及び設備並びに運営の基準に関する条例（平成 30 年長野県条例第 16 号）
- （6）諏訪広域連合介護保険法に基づく指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に係る基準に関する条例（平成 25 年諏訪広域連合条例第 3 号）
- （7）諏訪広域連合介護保険法に基づく指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に係る基準に関する条例（平成 25 年諏訪広域連合条例第 4 号）
- （8）諏訪広域連合指定介護予防支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例（平成 27 年諏訪広域連合条例第 1 号）
- （9）諏訪広域連合介護保険法に基づく指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準に関する条例（平成 30 年諏訪広域連合条例第 1 号）
- （10）諏訪広域連合介護予防訪問介護相当サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成 29 年諏訪広域連合告示第 10 号）
- （11）諏訪広域連合介護予防通所介護相当サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成 29 年諏訪広域連合告示第 11 号）
- （12）諏訪広域連合訪問型サービス・活動 A の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成 29 年諏訪広域連合告示第 12 号）
- （13）諏訪広域連合通所型サービス・活動 A の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成 29 年諏訪広域連合告示第 13 号）

第 4 条及び第 5 条を次のように改める。

(報告の方法)

第4条 事業者は、介護事故が発生したときは、次に定めるところにより広域連合へ報告するものとする。

(1) 事業者は、第1報として、事故報告書(広域連合長が別に定めるものをいう。以下同じ。)に事故状況、事業所の概要、対象者、事故の概要、事故発生時の対応及び事故発生後の状況について可能な限り記載し、介護事故発生後5日以内に提出するものとする。ただし、死亡事故、虐待及び職員の不祥事・法令違反等、緊急又は重大事故の発生(発生が疑われる場合を含む。)にあつては、事故発生後速やかに電話等の手段により報告するものとする。

(2) 事業者は、第1報の後、状況の変化等必要に応じて追加の報告を行うものとする。

(3) 事業者は、事故処理が完了したときは、事故報告書に事故の原因分析、再発防止策及びその他特記すべき事項を記載し、事故当日の職員勤務割表及び事故対象者の介護記録の写しその他広域連合長が必要と認めた書類を添付して、最終報告をするものとする。

2 事故報告は、前項第1号ただし書に規定する場合を除き、原則として電子メール等の電磁的方法により行うものとする。

(報告書の提出先)

第5条 事業者は、事業所の所在する市町村の介護保険担当課を経由して、広域連合に事故報告書を提出するものとする。この場合において、事業者は、保険者が広域連合以外である利用者に係る介護事故については、当該保険者に対しても事故報告を行うものとする。

2 市町村は、事業者から事故報告書の提出があつたときは、速やかに広域連合介護保険課に回付するものとする。

様式第1号から様式第3号を削る。

附 則

この告示は、令和7年4月1日から施行する。ただし、第2条の改正規定は令和6年4月1日から適用する。