

介護サービスにおける
事故報告事務取扱の手引き

令和7年4月1日現在

諏訪広域連合介護保険課

介護サービスにおける事故報告事務取扱の概要

第1 事故報告の提出の範囲について

- (1) 死亡事故（誤嚥・転落等）は、発生後速やかに電話等によりご報告ください。
なお、病气死亡の場合については、利用者の家族等から苦情のある場合には報告対象となります。その他、疑義が無くとも各事業所において報告の必要があると判断した場合もご報告下さい。
- (2) 負傷事故（受診事故）は、受診により異常なしと診断された場合も含め、医師の保険診療を要した受診すべてが報告対象となります（常駐医による診察も、常駐医による処置を行った場合には報告対象）。
- (3) 感染症・食中毒等は、事業所内で感染した場合以外にも感染症にかかりながらも施設を利用し、その後感染症と判明した場合も含みます。
また、「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1・2・3類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症に加えて、レジオネラ症及び疥癬の発生が認められた場合については、発症者は利用者・職員を問わず報告対象となります。
- (4) 利用者が無届けで外出（離設）し、警察、消防等に捜索の協力依頼をした場合はご報告下さい。
なお、職員等による捜索で直ちに発見された場合についても、各事業所において報告の必要があると判断した場合はご報告ください。
- (5) 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。）にあたっては、事故発生後速やかに電話等によりご報告下さい。
- (6) その他、事故有無に関係なく家族より苦情がある場合、広域連合へ報告をしておくべきと判断した場合には速やかにご報告ください。
- (7) 前各号に掲げるもののほか、内容から提出が必要と認めた場合には報告を命じることがあります。

第2 事故報告の方法・期限について

- (1) 全ての報告において、第1報を事故発生日から5日以内に、最終報を事故発生日から1ヶ月以内（1ヶ月経過時点において事故が完結していない場合は、記入日時点の被保険者について、怪我の治りの程度、完治に要するまでの概ねの日数、家族等との連絡状況などを記入）にご提出ください。
第1報は事故発生内容及び対応等、最終報は経過報告、再発防止及び改善策を記載します。
- (2) 第1報について
「事故報告書」の1から6までの項目（6については、第1報で記載できるところまで）について記載し、事故後速やかに介護事故報告の提出先、市町村の介護保険担当課（6ページ参照）へ提出してください。
- (3) 第1報を最終報とする場合（短期間に完結した事故）
事故発生後5日以内に、再度の受診や処置等がなく事業所内で事故の検証等が済んだ内容については第1報を最終報として6から9までの項目を記載し、以下の資料（任意様式）を添付し報告してください。
ア 事故発生場所が特定できる図面
イ 事故当日の職員勤務割表

ウ 事故対象者の介護記録の写し

(4) 追加の報告について

第1報から状況の変化等があった場合は必要に応じて、追加の報告を提出してください。

(5) 最終報について

事業所内で介護事故の検証を行ったうえで「事故報告書」の6から9までの項目を記載し、市町村の介護保険担当課へ報告してください。

(6) 提出方法について

事故報告書の提出は、原則電子メール等の電磁的方法により市町村の介護保険担当課へ提出してください。

メール提出時は、メールタイトルは「事故報告」とし、ファイル名は【第○報】事業所名としてください。(例)【第1報】グループホーム◇◇

※なお、重大な事故等で取り急ぎ各市町村の介護保険担当課へ報告することが望ましい事案については、速やかに電話で報告を行い、その後に報告書を提出してください。

(例) サービス提供中の死亡事故等

(7) 最終報の添付資料について

最終報の提出時には、以下の資料（任意様式）を添付してください。

ア 事故発生場所が特定できる図面

イ 事故当日の職員勤務割表

ウ 事故対象者の介護記録の写し

(8) 提出先は、事業所が所在する市町村の介護保険担当課（6ページ参照）となります。

諏訪広域連合の区域外に所在する事業者であって、広域連合被保険者に係る事故報告については、対象被保険者住所地の市町村の介護保険担当課が提出先になります。

他保険者の被保険者に係る事故についても、事業所が所在する市町村の介護保険課へ報告が必要です。

※諏訪広域連合の区域外の保険者への報告については、相手方の介護保険担当課と調整のうえ適切に対応してください。

第3 事故防止等について

提出された事故報告は、広域連合でとりまとめのうえ、事故防止に資するための資料として事業所へ提供します。事業所におかれましては、資料を活用し事故防止に努めてください。

第4 その他

(1) 事故報告は、発生した事故の責任の所在を明らかにすることを目的としたものではありません。

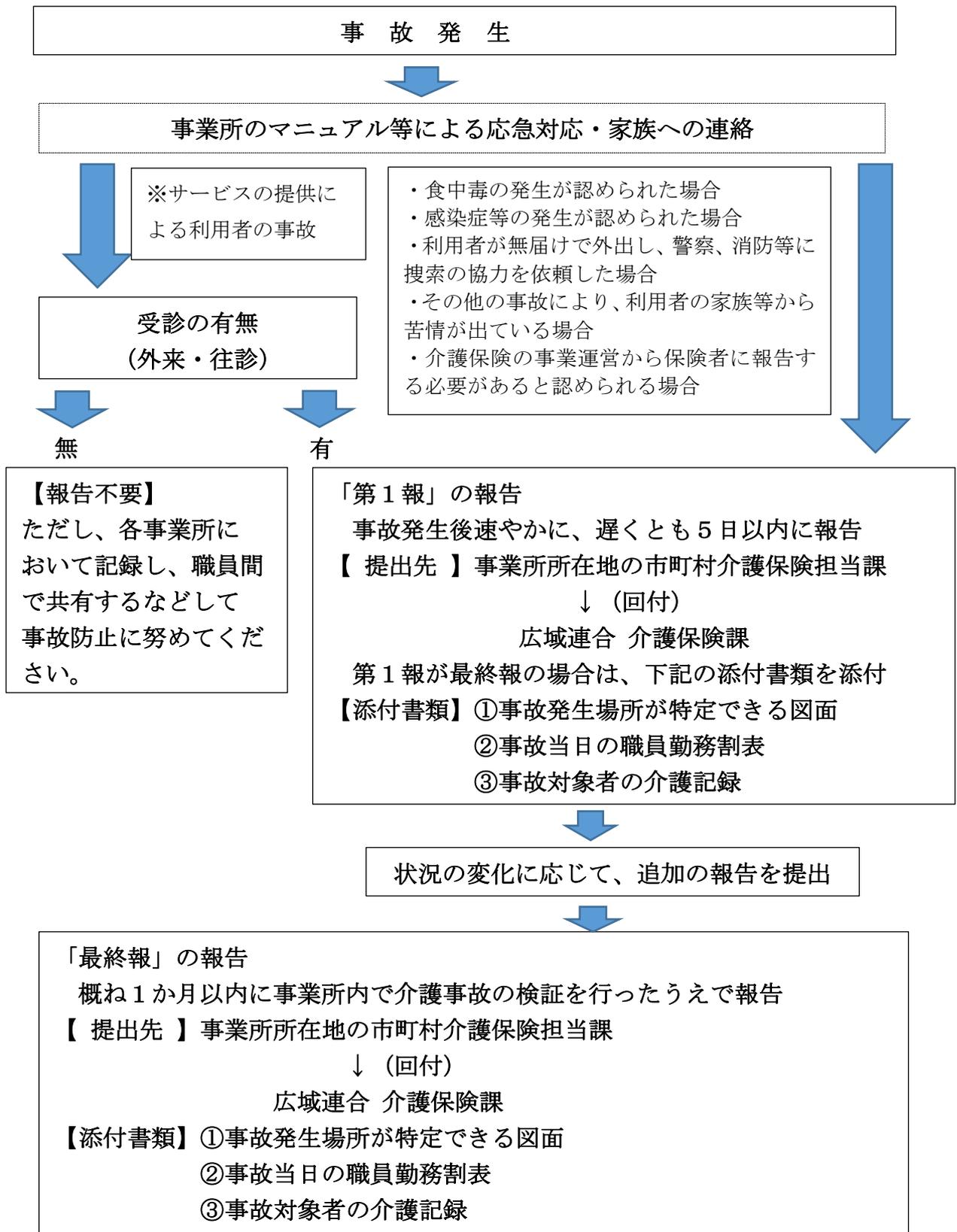
事故発生時の状況、事業所の対応、完結までの経過を簡潔に分かりやすく記載してください。

※詳細な会話内容とその受け答えなどは不要です。また、バイタル測定結果なども、数値自体ではなくそこから判断した内容の記載をお願いします。

(2) 上記に関連し、対応した職員の氏名を様式に記載することはお控えください。事業所としての対応を報告するものであり、対応した職員の責を問うものではありません。

事故報告事務取扱の概要（フローチャート）

（注：詳細は事故報告取扱の手引きを参照すること）



第5 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】	〒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 : kaigo@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 【高齢者福祉課介護保険係】	〒392-8511 諏訪市高島1-22-30	電話:52-4141(代表) (内線293、294) FAX:53-6073 E-mail : koufuku@city.suwa.lg.jp
茅野市 【保険課 介護保険係】	〒392-8501 茅野市塚原2-6-1	電話:72-2101(代表) (内線336、337) 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 【住民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 : juufuku@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>



第 6 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										
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	<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 ()										
	事故の種別	<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"/> 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											
	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											

第7 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

第1報
 第____報
 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 <input type="checkbox"/> 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了承される。 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。臥床してもらうが、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な旨を伝える。 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()					
	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) 例 【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。						
	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) 例 ・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。							

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。