

各介護サービス事業所等管理者 殿

山形県健康福祉部高齢者支援課長  
(公印省略)

### 介護サービス事業所等における事故報告について(通知)

介護保険サービスの適正な実施につきましては、日頃から格別の御尽力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、介護サービス事業所等における事故報告については、令和3年5月31日付け高支第198号山形県健康福祉部高齢者支援課長通知「介護サービス事業所等における事故報告について(通知)」(以下、「県通知」という。)において示しているところですが、今般、令和6年11月29日付け老高発1129第1号厚生労働省老健局高齢者支援課長ほか連名通知「介護保険施設等における事故の報告様式等について」が発出されたことに伴い、県通知及び事故報告様式(「別紙1」及び「別紙3」)を改正することといたしましたので、御了知の上、御対応いただきますようお願いいたします。

なお、事故報告書については、消費(役務)安全性を欠くことが疑われる場合、消費者安全法(平成21年法律第50号)に基づき、消費者庁にその旨通知します。

本通知は、令和7年2月17日から適用することとし、令和3年5月31日付け高支第198号山形県健康福祉部高齢者支援課長通知「介護サービス事業所等における事故報告について(通知)」は令和7年2月17日をもって廃止します。

### 記

#### 第1 事故報告の定義について

##### 1 事故発生当日に報告を要する事故 ※報告方法については、第2の1を参照すること。

###### (1) 死亡、重篤状態

- ※ 事故発生原因の如何は問わない。(利用者自身の転倒による死亡等事故を含む)
- ※ 窒息による死亡等事故を含む。
- ※ 送迎中の事故により第三者が死亡、重篤状態となった場合も含む
- ※ 原因が単なる病気によるものは報告不要。

###### (2) 一定程度の後遺障害、一酸化炭素中毒 (事故発生原因の如何は問わない)

###### (3) 利用者の行方不明

- ※ 事業所で行方不明と判断したもの(外部機関への要請の有無・発見されるまでの時間に関わらず。)

###### (4) 火災の発生

###### (5) 自然災害(地震、風水害等)による人的被害、建物の損壊(損壊程度は問わない)及び避難状況等の被災状況

※災害時情報共有システムにて被災状況を報告した場合は、事故報告は不要とする。

## 2 1週間以内に報告を要する事故

### (1) 医療上の治療を受けた場合

- ※ 医師（施設内の医師（配置医も含む。）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をいう。
- ※ 利用者自身の転倒による怪我也含む。
- ※ 送迎中の事故により、第三者が負傷した場合も含む。

### (2) 死亡等につながる恐れがある場合

- ※ 物品等（飲食物以外）の重要な部分に破損・故障・汚染・変質等の劣化が生じた事態
- ※ 飲食物に毒物・劇物等が含有・付着した事態
- ※ 窒息その他生命・身体に著しい危険が生じた事態

### (3) 施設内での誤薬・与薬漏れ

### (4) 第三者による建物損傷

### (5) 施設内での盗難

## 3 県への報告が不要な事故

### (1) 単なる病気による死亡や重篤状態

### (2) 医療上の治療を受けなかった怪我

## 第2 報告方法 ※報告方法の詳細は、別紙1（事故報告フロー）のとおり

### 1 事故発生当日に報告を要する事故

所管の総合支庁福祉担当課へ電話及び県が指定する様式1または様式2で「第一報」について、メール又はFAXで報告してください。

「第一報」後は、速やかに市町村に提出した「事故報告書」（様式3）を所管の総合支庁福祉担当課へ原則メールにて提出し、事故対応後は、最終報告欄にレ点を記載し市町村に提出した「事故報告書」（様式3）を各所管総合支庁福祉担当課へ原則メールにて報告してください。

※メールでの報告が難しい場合は、FAXにて提出してください。

なお、FAXで報告の場合は、FAX送信の旨必ず電話連絡をお願いします。

※自然災害による被害については、「第一報」後も災害用様式(様式2)を使用し、翌日以降も引き続き、各所管の総合支庁福祉担当課へ報告してください。

## ■事故発生当日に報告を要する事故<自然災害による被害を除く>

### 【報告事項】（様式1）

- ①サービス名・事業所名
  - ②報告担当者名・電話番号
  - ③事故発生日時・場所
  - ④事故の概要（利用者等の氏名、性別、年齢、要介護（支援）度を含む。）
  - ⑤事故原因特定事項（商品名や型番）※飲食物や物品等が原因である事故に限る。
  - ⑥被害の状況 ※被害が生じた場合に限る。
- ※「第一報」時点で不明であった事項については、内容が確認され次第、追加で報告してください。

## ■自然災害による被害

### 【報告事項】（様式2）

- ①サービス名・事業所名
  - ②報告担当者名・電話番号
  - ③被害発生日時
  - ④人的被害の状況
  - ⑤建物被害の状況
  - ⑥利用者の避難状況
  - ⑦福祉避難所としての受入れ（福祉避難所のみ報告）
  - ⑧サービスの停止状況
- ※1 「第一報」時点で不明であった事項については、内容が確認され次第、追加で報告ください。
- ※2 この他、被害状況について、県から報告を求める場合があります。

## 2 1週間以内に報告を要する事故

事故発生後1週間以内に、市町村に提出した「事故報告書」（様式3）を原則メールにて提出してください。

※メールでの報告が難しい場合は、FAXにて提出してください。

なお、FAXで報告の場合は、FAX送信の旨必ず電話連絡をお願いします。

・介護保険法上のサービス提供に係る事故が発生した場合は、市町村、利用者家族、居宅サービスの場合には居宅介護支援事業所にも、連絡してください。

## 第3 報告期日

### 1 事故発生当日に報告を要する事故

原則、事故発生当日とし、夜間又は休日の場合は、翌開庁日とします。

### 2 1週間以内に報告を要する事故

事故発生後、1週間以内に報告してください。

## 第4（1）報告先

村山総合支庁福祉担当課（FAX 023-622-0191 TEL 023-627-1146）

最上総合支庁福祉担当課（FAX 0233-23-7635 TEL 0233-29-1276）

置賜総合支庁福祉担当課（F A X 0238-24-8155 T E L 0238-26-6029）  
庄内総合支庁福祉担当課（F A X 0235-66-4053 T E L 0235-66-5460）

## （2）長期間の閉庁日期間内における報告先

年末年始、ゴールデンウィーク等の長期間の閉庁日期間内に、事故発生当日に報告を要する事故が発生した場合は、各総合支庁の警備員室等に電話連絡してください。※「長期間の閉庁日期間」について別途総合支庁より指示された場合は、その指示に従ってください。

**（長期閉庁期間の連絡先）※電話で事業所名、連絡先、事故の概要を伝えてください。  
総合支庁福祉担当課担当者より折り返し、連絡します。**

村山総合支庁（警備会社） T E L 023-644-3040 ※注  
最上総合支庁総合案内（警備員室） T E L 0233-22-1111  
置賜総合支庁総合案内（警備員室） T E L 0238-26-6000  
庄内総合支庁総合案内（警備員室） T E L 0235-66-2111

**※注 村山総合支庁については警備会社（株）セコムに電話が繋がります。  
「村山総合支庁福祉担当課に事故発生当日に報告を要する事故の発生について連絡したい」旨を最初に伝えてください。**

## 第5 報告対象サービス（山形市に住所を有する事業所・施設は対象外）

- （1）地域密着型サービス（介護予防支援事業所）を除く介護保険4施設、居宅サービス
- （2）通所介護事業所等の設備を利用し夜間及び深夜に行う指定通所介護等以外のサービス（宿泊サービス）
- （3）有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅

※市町村又は所管の総合支庁福祉担当課より、地域密着型サービスにおいても県（総合支庁）に報告するよう別途指示があった場合は、その指示に従ってください。

※サービス付き高齢者向け住宅で建物被害が生じた場合は、総合支庁福祉担当課のほか、総合支庁建築課にも報告してください。

村山総合支庁建築課（F A X 023-634-9204 T E L 023-621-8287）  
最上総合支庁建築課（F A X 0233-23-1164 T E L 0233-29-1419）  
置賜総合支庁建築課（F A X 0238-24-7994 T E L 0238-26-6090）  
庄内総合支庁建築課（F A X 0235-66-3898 T E L 0235-66-5639）

## 第6 消費者事故通知について

平成21年9月1日に施行された消費者安全法(平成21年法律第50号)において、地方公共団体の長は消費者事故等に関する情報を得たときは、消費者庁長官に対して通知しなければならないこととされております。

介護サービス事業所等において、消費（役務）安全性が欠くことが疑われる事故が発生した場合、消費者庁にその旨通知します。

### 1 「事故発生当日に報告を要する事故」のうち通知対象となる事故

- （1）・（2）・（4）のうち、消費（役務）安全性を欠くことが疑われるものについて

は、消費者庁に通知します。

## 2 「1週間以内に報告を要する事故」のうち通知対象となる事故

(1) (うち治療期間30 日以上の負傷・疾病に限る) 及び(2)の事故のうち、消費(役務)安全性を欠くことが疑われる事故についても、消費者庁に通知します。

## 第7 その他

感染症、食中毒については、従来どおり保健所及び市町村に報告してください。

※所管の総合支庁福祉担当課より、感染症・食中毒発生についても県(総合支庁福祉担当課)へ報告するよう別途指示があった場合は、その指示に従ってください。

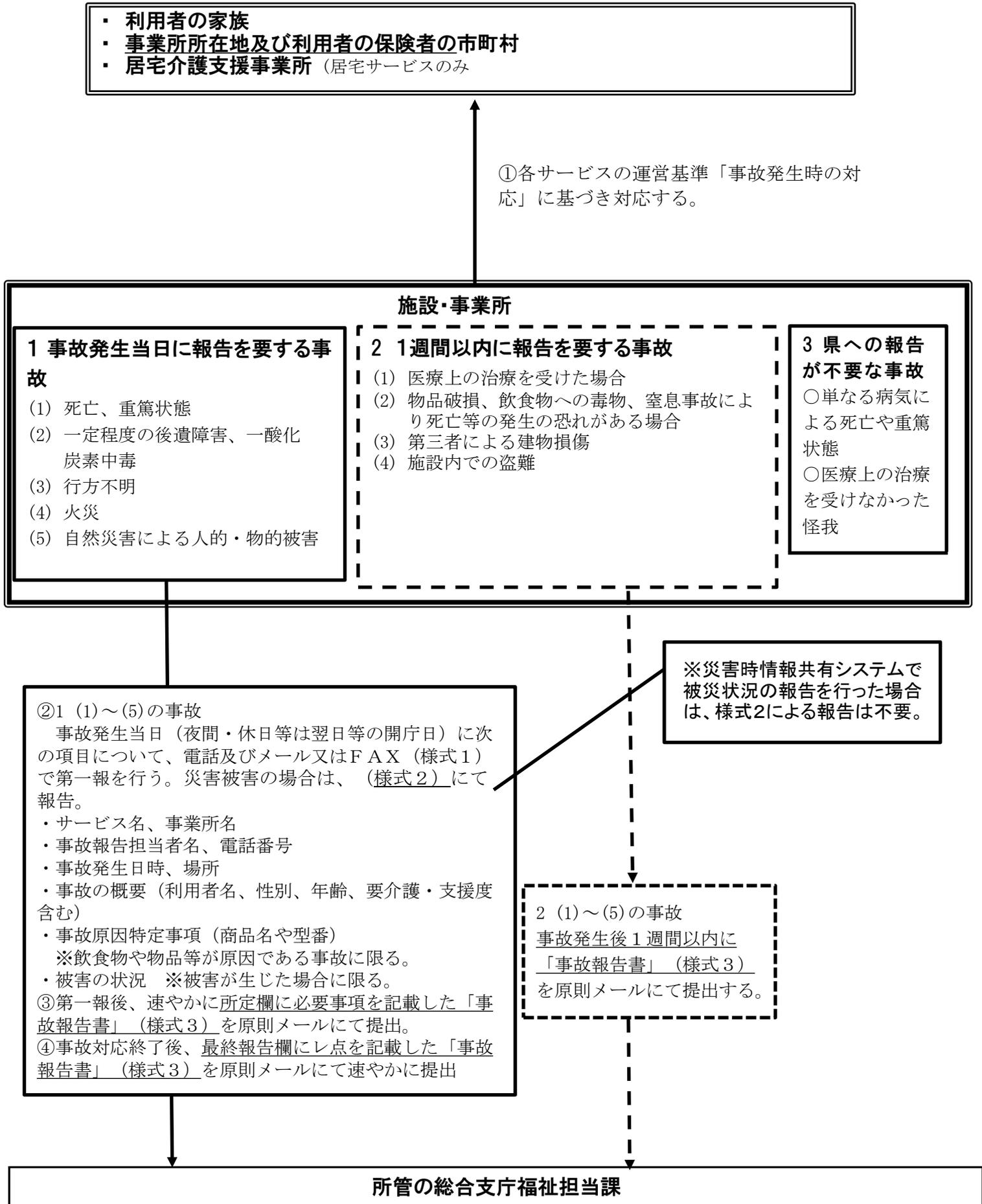
山形県健康福祉部高齢者支援課

事業指導担当

TEL 023-630-3121

FAX 023-630-3321

# 事故発生フロー図(感染症・食中毒・新型インフルエンザを除く。)



(様式 1)

# FAX

## 当日報告を要する事故用

※ 報告する総合支庁に☑チェックし、FAX送信後、FAX送信の旨電話連絡をお願いします。

- 村山総合支庁 福祉担当課 (FAX 023-622-0191 TEL 023-627-1146)
- 最上総合支庁 福祉担当課 (FAX 0233-23-7635 TEL 0233-29-1276)
- 置賜総合支庁 福祉担当課 (FAX 0238-24-8155 TEL 0238-26-6029)
- 庄内総合支庁 福祉担当課 (FAX 0235-66-4053 TEL 0235-66-5460)

下記のとおり、事故が発生したので、報告します。

報告(作成)日時 令和 年 月 日( ) 午前・午後 時 分

①	サービス名	
	事業所名	
②	報告担当者名	役職( ) 氏名( )
	連絡先電話番号	
③	事故発生日時	令和 年 月 日( ) 午前・午後 時 分(頃)
	事故発生の場所	
④	事故の概要	利用者等の氏名( ) 性別(男・女) 年齢( 才) 要介護( )又は要支援( ) 《事故の概要》
	※従業員・第三者の怪我等の場合は、利用者等の氏名欄にその旨分かるように記載してください。(従業員 ○○等)  ※ 特定の利用者がいない場合は、氏名欄等の記載は不要です。	
⑤	事故原因特定事項(商品名や型番) ※飲食物や物品等が原因である事故に限る。	
⑥	被害の状況 ※被害が生じた場合に限る。	

※第一報後、数日以内に速やかに「事故報告書」(様式3)を所管の総合支庁に原則メールにて送付してください。

※上記①～⑥の内容が含まれていれば、この様式以外のFAX送信票を使用しても構いません。

(様式2)

# FAX

## 当日報告を要する事故（災害用）

※報告する総合支庁に☑チェックし、FAX送信後、FAX送信の旨電話連絡をお願いします。

- 村山総合支庁 福祉担当課 (FAX 023-622-0191 TEL 023-627-1146)
- 最上総合支庁 福祉担当課 (FAX 0233-23-7635 TEL 0233-29-1276)
- 置賜総合支庁 福祉担当課 (FAX 0238-24-8155 TEL 0238-26-6029)
- 庄内総合支庁 福祉担当課 (FAX 0235-66-4053 TEL 0235-66-5460)

下記のとおり、災害被害が発生したので、報告します。

報告(作成)日時: 令和 年 月 日( ) 午前・午後 時 分

①	サービス名	
	事業所名	
②	報告担当者名	役職( ) 氏名( )
	連絡先電話番号	
③	被害発生日時	令和 年 月 日( ) 午前・午後 時 分(頃)
④	人的被害の状況  ※従業員・利用者、それぞれ分かるように記載してください。(「従業員〇人。送迎準備中に突風に煽られ転倒し骨折」等	利用者 人、従業員 人  《被害の概要》
⑤	建物被害の状況	
⑥	利用者の避難状況	
⑦	福祉避難所としての受入れ ※福祉避難所の場合記入	
⑧	サービスの停止状況	休止: 年 月 日、再開: 年 月 日

※第一報後、翌日も引き続き、所管の総合支庁に送付してください。

※上記①～⑧の内容が含まれていれば、この様式以外のFAX送信票を使用しても構いません。

(様式3)

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： 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								報告担当者の役職及び氏名			
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"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
	対象者について、事故発生以前より職員間で情報共有されていた事項											
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 ( )										
		<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 火災 <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"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 送迎中の交通事故										
		発生時状況、事故内容の詳細										
	その他 特記すべき事項											

(様式 3)

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(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 自治体名 ( )		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 ( )			<input type="checkbox"/> その他 名称 ( )			
	本人、家族、関係先等への追加対応予定									
利用者について新たに職員間で情報共有した事項										
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										