

事故報告書 (事業者→萩市)

記載例(第一報)

※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
 ※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:西暦 2023 年 2 月 28 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 checked="" type="checkbox"/> その他(感染症の発生)										
	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 ○○										
	事業所(施設)名	デイサービスセンター△△						事業所番号				
	サービス種別	通所介護										
	所在地	山口県萩市大字江向○○番地										
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 <input type="checkbox"/> 事業対象者									
		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			
4 事故の概要	発生日時	西暦	2023	年	2	月	27	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 checked="" type="checkbox"/> その他(事業所内)										
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input checked="" type="checkbox"/> その他(新型コロナウイルス感染症) <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)										
	発生時状況、事故内容の詳細	例1)別紙(県様式)参照 例2)2/24 利用者1名陽性判明。 2/25 利用者3名、介護職員2名陽性判明。 2/28 介護職員1名陽性判明。										
	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(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											

感染者の人数等を記載してください。
 県や保健所にも報告する事業所については、県等に提出する様式に替えることも可能です。

6 事故発生後の状況	利用者の状況	○病状、入院の有無等						
	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 checked="" type="checkbox"/> 他の自治体 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 自治体名(山口市) 警察署名() 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		○本人・ご家族とのトラブル(□有・■無)※有の場合は、状況を記載してください。 例) 保健所よりクラスター認定され休業要請あり。3/5まで休業予定。						

保健所からの指示、今後の運営状況等を記載してください。

報告作成者(職・氏名):生活相談員 ○○
 連絡先(TEL):0838-××-□□□□

◆事故報告書の記載について

○報告の範囲について

- ①利用者が、死亡、外傷、誤嚥、異食、誤与薬等のうち、医療機関において治療(施設内における医療処置を含む)又は入院した場合
- ②利用者の住居、家財、所持品等に損害を及ぼし、損害賠償責任が発生又は発生するおそれのある場合
- ③利用者の中から感染症や食中毒の患者が発生し、他の利用者のサービス提供に影響するおそれのある場合
 ※平成17年2月22日 厚生労働省老健局「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」より
 (i)死亡者又は重篤患者が1週間内に2名以上発生した場合
 (ii)〈同一感染症における〉累計患者数が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
 (iii) (i)及び(ii)に該当しない場合であっても、特に施設長が報告を必要と認めた場合
 ※感染症とは、「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」に規定するものを言います。
- ④従業員の法令違反及び不祥事等のうち、利用者の処遇に影響するおそれのあるもの
- ⑤その他、特に保険者から報告を求めたもの

○報告の方法について

郵送・持参・メール・FAXにより報告してください。
 (メールやFAXにて報告される場合には、送信誤りの無いように十分確認してください。)

○提出先

〒758-8555
 山口県萩市大字江向510番地
 萩市 高齢者支援課 介護保険係
 TEL : 0838-25-3368
 FAX : 0838-25-3501
 E-mail: care@city.hagi.lg.jp

○報告様式については、必要な項目の記載があれば、事業所が別に定めている様式による提出も可能です。

事故報告書 (事業者→萩市)

記載例(第〇報)

※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
 ※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 第〇報 最終報告

提出日:西暦 2023 年 3 月 3 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 checked="" type="checkbox"/> その他(感染症の発生)										
	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 ○○○										
	事業所(施設)名	デイサービスセンター△△						事業所番号				
	サービス種別	通所介護										
	所在地	山口県萩市大字江向○○番地										
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 <input type="checkbox"/> 事業対象者									
4事故の概要	発生日時	西暦	2023	年	2	月	27	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 checked="" type="checkbox"/> その他(事業所内)										
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input checked="" type="checkbox"/> その他(新型コロナウイルス感染症) <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)										
	発生時状況、事故内容の詳細	例1)別紙(県様式)参照 例2)2/24 利用者1名陽性判明。 2/25 利用者3名、介護職員2名陽性判明。 2/28 介護職員1名陽性判明。 3/1 利用者1名陽性判明。 3/3 利用者1名、介護職員2名陽性判明。										
その他特記すべき事項	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;"> 第一報以降に感染者が発生した場合は第一報のものに続けて追記をしてください。 県等へも報告している事業所は、その様式も添付してください。 </div>											
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	○病状、入院の有無等						
	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)	■ 他の自治体 自治体名(山口市)		<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								
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		<p>○本人・ご家族とのトラブル(□有・■無)※有の場合は、状況を記載してください。</p> <p>例) 保健所よりクラスター認定され休業要請あり。3/5まで休業予定。 3/3保健所より休業延長の指示あり。3/9まで休業予定。</p>						

休業の延長など、保健所からの指示、今後の運営状況等を追記してください。

報告作成者(職・氏名):生活相談員 ○○
連絡先(TEL):0838-××-□□□□

◆事故報告書の記載について

○報告の範囲について

- ①利用者が、死亡、外傷、誤嚥、異食、誤与薬等のうち、医療機関において治療(施設内における医療処置を含む)又は入院した場合
- ②利用者の住居、家財、所持品等に損害を及ぼし、損害賠償責任が発生又は発生するおそれのある場合
- ③利用者の中から感染症や食中毒の患者が発生し、他の利用者のサービス提供に影響するおそれのある場合
※平成17年2月22日 厚生労働省老健局「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」より
 - (i)死亡者又は重篤患者が1週間内に2名以上発生した場合
 - (ii)〈同一感染症における〉累計患者数が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
 - (iii)(i)及び(ii)に該当しない場合であっても、特に施設長が報告を必要と認めた場合
※感染症とは、「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」に規定するものを言います。
- ④従業員の法令違反及び不祥事等のうち、利用者の処遇に影響するおそれのあるもの
- ⑤その他、特に保険者から報告を求めたもの

○報告の方法について

郵送・持参・メール・FAXにより報告してください。
(メールやFAXにて報告される場合には、送信誤りの無いように十分確認してください。)

○提出先

〒758-8555
山口県萩市大字江向510番地
萩市 高齢者支援課 介護保険係
TEL : 0838-25-3368
FAX : 0838-25-3501
E-mail : care@city.hagi.lg.jp

○報告様式については、必要な項目の記載があれば、事業所が別に定めている様式による提出も可能です。

事故報告書 (事業者→萩市)

記載例(最終報告)

※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
 ※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:西暦 2023 年 3 月 10 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 checked="" type="checkbox"/> その他(感染症の発生)										
	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 ○○○										
	事業所(施設)名	デイサービスセンター△△						事業所番号				
	サービス種別	通所介護										
	所在地	山口県萩市大字江向○○番地										
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 <input type="checkbox"/> 事業対象者									
		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			
4 事故の概要	発生日時	西暦	2023	年	2	月	27	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 checked="" type="checkbox"/> その他(事業所内)										
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input checked="" type="checkbox"/> その他(新型コロナウイルス感染症) <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)										
	発生時状況、事故内容の詳細	例1)別紙(保健所様式)参照 例2)2/24 利用者1名陽性判明。 2/25 利用者3名、介護職員2名陽性判明。 2/28 介護職員1名陽性判明。 3/1 利用者1名陽性判明。 3/3 利用者1名、介護職員2名陽性判明。										
	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(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	○病状、入院の有無等						
	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)	■ 他の自治体 自治体名(山口市)		<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								
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)						
		原因が特定できている場合記載してください。						
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)						
		再発防止策等記載してください。						
9 その他 特記すべき事項		○本人・ご家族とのトラブル(□有・■無)※有の場合は、状況を記載してください。						
		例) 保健所よりクラスター認定され休業要請あり。3/5まで休業予定。 3/3保健所より休業延長の指示あり。3/9まで休業予定。 保健所より休業延長指示なし。3/10よりサービス再開。						

報告作成者(職・氏名):生活相談員 ○○
連絡先(TEL):0838-××-□□□□

◆事故報告書の記載について

○報告の範囲について

- ①利用者が、死亡、外傷、誤嚥、異食、誤与薬等のうち、医療機関において治療(施設内における医療処置を含む)又は入院した場合
- ②利用者の住居、家財、所持品等に損害を及ぼし、損害賠償責任が発生又は発生するおそれのある場合
- ③利用者の中から感染症や食中毒の患者が発生し、他の利用者のサービス提供に影響するおそれのある場合
※平成17年2月22日 厚生労働省老健局「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」より
(i)死亡者又は重篤患者が1週間内に2名以上発生した場合
(ii)〈同一感染症における〉累計患者数が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
(iii)(i)及び(ii)に該当しない場合であっても、特に施設長が報告を必要と認めた場合
※感染症とは、「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」に規定するものを言います。
- ④従業員の法令違反及び不祥事等のうち、利用者の処遇に影響するおそれのあるもの
- ⑤その他、特に保険者から報告を求めたもの

○報告の方法について

郵送・持参・メール・FAXにより報告してください。
(メールやFAXにて報告される場合には、送信誤りの無いように十分確認してください。)

○提出先

〒758-8555
山口県萩市大字江向510番地
萩市 高齢者支援課 介護保険係
TEL: 0838-25-3368
FAX: 0838-25-3501
E-mail: care@city.hagi.lg.jp

○報告様式については、必要な項目の記載があれば、事業所が別に定めている様式による提出も可能です。