

# 福岡市介護サービスに係る事故報告

各保険者宛

※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：西暦 2024年11月26日

|          |                    |   |  |        |   |
|----------|--------------------|---|--|--------|---|
| 1 事故状況   | 事故状況の程度①           | <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②<br>死亡年月日 | 西暦  | 年  | 月      | 日   |
| 2 事業所の概要 | 法人名③               | 社会福祉法人 富士会  |  |        | 事業所番号   |
|          | 事業所(施設)名④          | 【DL構築用】特養   |  |        |   |
|          | サービス種別⑤            | ▼   |  |        |   |
|          | 所在地⑥               | 422-8067 静岡県静岡市駿河区南町18-1  |  |        |   |
|          | 記載者名、TEL⑦          | fds-stf   |  | TEL    |   |
| 3 対象者    | 氏名・年齢・性別等⑧         | 氏名  |  | 被保険者番号 |   |
|          |                    | 年齢  |  | 性別     | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
|          | サービス提供開始日⑨         | 西暦  | 年  | 月      | 日   |
|          | 住所⑩                |   |  |        |   |
|          | 身体状況⑪              | 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<br><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<br>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・発見日時⑫           | <input type="checkbox"/> 発生 <input type="checkbox"/> 発見   | 西暦   | 年      | 月   |
|          |                    |   | 日  | 時      | 分頃  |
|          | 事故の場所⑬             | <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<br><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<br><input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> 居宅 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |        |   |
|          | 事故の種別⑭             | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)  |  |        |   |
|          |                    | <その他><br><input type="checkbox"/> 感染症(インフルエンザ等) <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 接触<br><input type="checkbox"/> 職員の違法行為・不祥事 <input type="checkbox"/> 事業所の災害被災 <input type="checkbox"/> ( )   |  |        |   |
|          | 発生時状況、事故内容の詳細⑮     |   |  |        |   |
|          | その他特記すべき事項⑯        |   |  |        |   |

|   |   |  |   |           |
|---|---|--|---|-----------|
| 5<br>事故発生・発見時の対応                                      | 発生・発見時の対応⑭  |  |   |           |
|   | 受診方法⑮   | <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<br>( )                       |   |           |
|   | 受診先⑯  | 医療機関名  |   | 連絡先(電話番号) |
|   | 診断名⑰  |  |   |           |
|   | 診断内容 ⑱  | <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位: )<br><input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他( ) |   |           |
|   | 検査、処置等の概要 ⑳   | (入院先 入院年月日 年 月 日 )   |   |           |
| 6<br>事故発生・発見後の状況                                      | 利用者の状況㉓   |  |   |           |
|   | 家族等への報告㉔  | 報告した家族等の側柄   | <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㉕<br>(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(ケアマネ等)<br>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㉖                                   |   |  |   |           |
| 7 事故の原因分析㉗<br>(本人要因、職員要因、環境要因の分析)                     | <input type="checkbox"/> 従業者の直接行為 <input type="checkbox"/> 介助中の注意不足によるもの <input type="checkbox"/> 従業者の見守り不十分によるもの <input type="checkbox"/> 福祉用具・施設設備不良<br><input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不明 |  |   |           |
|   | (できるだけ具体的に記載すること)   |  |   |           |
| 8 再発防止策㉘<br>(手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の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 損害賠償等の状況㉙   | <input type="checkbox"/> 損害賠償保険利用 <input type="checkbox"/> 検討・交渉中 <input type="checkbox"/> 賠償なし(理由: )   |  |   |           |
| 10 その他㉚<br>特記すべき事項                                    |   |  |   |           |

記 載 注

- 4の⑭ 発生または発見のいずれかにチェックをつけること。
- 4の⑮ 居宅における事故とは、訪問介護等による介護サービスの提供中に起こった事故である。
- 4の⑯ 「職員の違法行為・不祥事」とは、利用者（入所者を含む。）の個人情報の紛失、送迎時の飲酒運転、預り金の紛失・横領等である。
- 6の㉕ ・従業員の直接行為が原因で生じた事故及び従業員の介助中に生じた事故のうち、利用者の生命又は身体に重大な被害が生じたもの（自殺、行方不明、事件性の疑いあるものを含む。）については、管轄の警察署に連絡すること。  
 ・感染症、食中毒等が生じた場合は、管轄の保健所に連絡すること。
- 7の㉗ ・感染症、食中毒、その他の原因に該当する場合、原因が不明な場合等の内容を記入すること。
- 8の㉘ 「再発防止策」について、検討中の場合は「未定、検討中」として記入し、事故報告書は速やかに提出すること。その後、検討した結果について、改めて報告すること。
- 10の㉚ 「特記事項」については、その他特記すべき事項があれば、記入すること。
- ※1 事故報告書は、基本的には利用者個人ごとに作成するが、感染症、食中毒等において、一つのケースで対象者が多数に上る場合は、事故報告書を1通作成し、これに対象者のリスト（3「対象者」、5「事故発生・発見時の対応」、各人の病状の程度、搬送先等の内容を含むこと。）を添付してもよい。
- ※2 入所者及び利用者の事故について、事業所所在地の保険者と入所者等の保険者双方へ報告すること。
- ※3 対象者が、報告後に容態が急変して死亡した場合等は、再度報告書を届け出ること。