

(あて先) 区・支所
福祉介護課長

コード

事業所(施設)名
管理者名

印

事故報告書

報告年月日 平成 年 月 日

1 事業所の概要										
法人の名称							事業所番号			
事業所(施設)の名称										
事業所(施設)の所在地										
電話番号	()	担当者氏名				職名				
事故が発生したサービスの種類	1 訪問介護 2 訪問看護 3 訪問入浴介護 4 訪問リハビリテーション 5 居宅療養管理指導 6 通所介護 7 通所リハビリテーション 8 短期入所生活介護 9 短期入所療養介護 10 (欠番) 11 特定施設入居者生活介護 12 福祉用具貸与 13 居宅介護支援 14 介護老人福祉施設 15 介護老人保健施設 16 介護療養型医療施設 17 夜間対応型訪問介護 18 認知症対応型通所介護 19 小規模多機能型居宅介護 20 認知症対応型共同生活介護 21 地域密着型特定施設入居者生活介護 22 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 23 介護予防支援									
2 利用者										
氏名										
被保険者番号			性別	男	女	年齢	歳	要介護度		
住所						電話番号				
障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)※	自立	J1	J2	A1	A2	認知症高齢者日常生活自立度※	自立	I	IIa	IIb
	B1	B2	C1	C2			IIIa	IIIb	IV	M
特記事項										
3 事故の概要										
発生日時	平成 年 月 日 () 時 分									
発生場所										
事故の種別(複数の場合は最も症状の重いもの)	1 死亡(死因:) 2 骨折 3 火傷 4 創傷 5 誤嚥 6 異食 7 薬の誤配 8 財物の損壊・滅失 9 従業員の法令違反 10 交通事故(加害者又は自損の場合) 11 交通事故(被害者の場合) 12 その他()									
事故の経緯及び事故後の対応										

※ 自立度については事故当時の状態を選択してください。

4 利用者及び家族への対応等				
受診した医療機関名		主治医の氏名		診断名
利用者の状況 (病状・入院の有無等)				
利用者・家族・ケア マネジャー等への 連絡・説明 (連絡・説明の日時, 方法, 内容, 連絡者, 連絡した相手等)				
損害賠償等の状況				
5 事故の原因及び今後の改善策について				
事故の原因及び今 後の改善策				
チェック (あてはまるもの 全てに○)	1 本人要因	a 疾病	b 機能低下	c 薬物処方
	2 介護者要因	a アセスメント不足	b 利用者の状況変化の情報の共有化不足	c 観察・見守り不足
		d 安全確認不足	e 介助手順が守られていない	f 不適切な介助姿勢
		g 介助者の人数不足	h その他 ()	
	3 環境要因	a 設備の不備	b 器具の不備	c 整理整頓の不備
	4 不明		d その他 ()	

記入欄に記入しきれない場合は、任意の別紙に記載・添付のうえ、提出してください。

(あて先) 京都市保健福祉局
長寿社会部介護保険課長

コード

事業所(施設)名
管理者名

印

事 故 報 告 書 (感染症又は食中毒)

報告年月日 発生時 平成 年 月 日
終息時 平成 年 月 日

1 事業所の概要				
法人の名称				事業所番号
事業所(施設)の名称				
事業所(施設)の所在地				
電話番号	()	担当者氏名		職名
感染症又は食中毒が発生したサービスの種類	1 訪問介護 2 訪問看護 3 訪問入浴介護 4 訪問リハビリテーション 5 居宅療養管理指導 6 通所介護 7 通所リハビリテーション 8 短期入所生活介護 9 短期入所療養介護 10 (欠番) 11 特定施設入居者生活介護 12 福祉用具貸与 13 居宅介護支援 14 介護老人福祉施設 15 介護老人保健施設 16 介護療養型医療施設 17 夜間対応型訪問介護 18 認知症対応型通所介護 19 小規模多機能型居宅介護 20 認知症対応型共同生活介護 21 地域密着型特定施設入居者生活介護 22 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 23 介護予防支援			
2 発生時報告(電話可)				
疾患名	1 結核 2 腸管出血性大腸菌感染症(O157) 3 レジオネラ症 4 肺炎 5 インフルエンザ 6 感染性胃腸炎(ノロウイルス等) 7 MRSA 8 緑膿菌感染症 9 疥癬 10 食中毒 11 その他 ()			
報告理由	1 1類~4類感染症が発生した (例:結核, 腸管出血性大腸菌感染症(O157), レジオネラ症, SARS 等) 2 上記以外の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤な患者が1週間内に2名以上発生した 3 上記以外の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した 4 1~3に該当しない場合で、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に管理者等が報告を必要と認めた			
発症者数	入所者・入院患者	人中	人 (うち入院者	人)
	通所者	人中	人 (うち入院者	人)
	職員	人中	人 (うち入院者	人)
	その他	人中	人 (うち入院者	人)
最初に患者が発生した日	平成 年 月 日			
主な症状	1 下痢 2 嘔吐 3 腹痛 4 発熱 5 咳, 咽頭痛, 鼻水 6 発疹, 皮膚の異常 7 その他 ()			
保健所への報告	1 報告済 2 未報告 ※上記報告理由に該当する場合は、必要に応じて保健所に報告し、感染の拡大防止のための指示・指導を受けてください。			

