

障害福祉サービス事業者等 事故報告書（事業者→市町）

令和 年 月 日

当事業所・施設において、次のような事故が発生したので報告します。

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------|---------|-------|-----|---|---|---|
| 1 事業所の概要 | 法人名 | | | | | | | | | | | | |
| | 事業所（施設）名 | | | | | | | | 管理者名 | | | | |
| | 事業所番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | 電話番号 | | | | |
| | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |
| 記載者職氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| | サービス種類 (事故が発生したサービス) | <input type="checkbox"/> 居宅介護 | <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 | <input type="checkbox"/> 行動援護 | <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 同行援護 | <input type="checkbox"/> 療養介護 | <input type="checkbox"/> 生活介護 | <input type="checkbox"/> 短期入所 | | | | | | | | |
| 地域生活支援事業 | <input type="checkbox"/> 施設入所支援 | <input type="checkbox"/> 共同生活援助 | <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） | <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 就労移行支援 | <input type="checkbox"/> 就労継続支援 A 型 | <input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型 | <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 就労定着支援 | <input type="checkbox"/> 自立生活援助 | <input type="checkbox"/> 地域移行支援 | <input type="checkbox"/> 地域定着支援 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 計画相談支援 | <input type="checkbox"/> 地域移行支援 | <input type="checkbox"/> 地域定着支援 | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 移動支援 | <input type="checkbox"/> 日中一時支援 | <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他（ | | | | | | | | | | | | |
| 2 対象者 | 氏名・年齢・性別 | | | | | | 年齢： | | | 性別： | | | |
| | 障害種別・障害支援区分 | 障害種別：（身体・知的・精神・難病・児童） | | | | | 障害支援区分：区分（ ）・児童・非該当 | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | サービス提供日 | | | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | | | | | | | | 電話番号 | | | | |
| 3 事故の概要 | 発生時等 | 年 月 日 時 分 【 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 入浴中 <input type="checkbox"/> 送迎中 <input type="checkbox"/> その他（ ） 】 | | | | | | | | | | | |
| | 発生場所 | | | | | | | | | | | | |
| | 事故の種類 (複数の場合は、 もっとも症状の重いもの) | <input type="checkbox"/> 骨折 | <input type="checkbox"/> やけど | <input type="checkbox"/> 感染症等 | <input type="checkbox"/> 新型インフルエンザ | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 | <input type="checkbox"/> その他の外傷 | <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 | <input type="checkbox"/> 食中毒 | <input type="checkbox"/> その他（ | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 異食・誤えん | | | | | | | | | | | | |
| | 死亡に至った場合はその死亡年月日： 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 4 事故発生時の対応 | 事故の内容 | (感染症等の場合は、疾患名、最初に患者が発生した日、利用者・従業員の発生者数、主な症状) | | | | | | | | | | | |
| | 対処の仕方 | (時刻等もできるだけ詳しく記入すること) | | | | | | | | | | | |
| | 治療した医療機関 | (医療機関名、住所、電話番号等) | | | | | | | | | | | |
| | 治療の概要 | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡済みの関係機関 | <input type="checkbox"/> 家族等 | <input type="checkbox"/> 保健所 | <input type="checkbox"/> その他（ | | | | | | | | | |
| 5 事故発生後の対応 | 利用者の状況 | (病状、入院の有無、その他の利用者の状況。感染症等による患者の集団発生の場合は患者数の推移) | | | | | | | | | | | |
| | 家族への報告、説明内容 | (連絡日時等もできるだけ詳しく記入すること) | | | | | | | | | | | |
| | 経過 | <input type="checkbox"/> 解決又は終結している。 <input type="checkbox"/> 継続している。(内容) | | | | | | | | | | | |
| | 損害賠償等の状況 | | | | | | | | | | | | |
| | 再発防止に向けての今後の取り組み | (できるだけ具体的に記載すること) | | | | | | | | | | | |

注) 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。
事故について、詳細な記録（介護・看護記録等）や図がある場合は、あわせて添付してください。