

# 事故報告書

|                    |                                |   |                                 |   |                                    |  |   |                             |                                     |
|--------------------|--------------------------------|---|---------------------------------|---|------------------------------------|--|---|-----------------------------|-------------------------------------|
| 報告先                |                                | 福島市   |                                 | 報告年月日   | 令和 3 年 4 月 1 日                     |  |   |                             |                                     |
| 1 事故<br>の状況        | 事故状況の<br>程度                    | <input type="checkbox"/> 受信(外来・往診)、<br>自施設で応急処置 |                                 |   |                                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> 入院                                | <input type="checkbox"/> 死亡 | <input type="checkbox"/> その他<br>( ) |
|                    | 死亡に至った場合                       | 死亡年月日   |                                 | 年 月 日   |                                    |  |   |                             |                                     |
| 2 事業所<br>の概要       | 法人名                            | 株式会社 ○○○○                                       |                                 |   |                                    |  |   |                             |                                     |
|                    | 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                            | 福島市△△町△番△号                                      |                                 |   |                                    |  |   |                             |                                     |
| 3 対象者              | 氏名・年齢・性別                       | ふりがな<br>氏名                                      | ふくしま はなこ<br>福島 花子               | 年齢  | 89                                 | 性別                                     | <input type="checkbox"/> 男性<br><input checked="" type="checkbox"/> 女性 |                             |                                     |
|                    | サービス提供開始日                      | 令和元 年 5 月 1 日～                                  |                                 |   |                                    | 保険者                                    | 福島市   |                             |                                     |
|                    | 住所                             | <input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ              |                                 | <input checked="" type="checkbox"/> その他( 福島市○○町○番○号 ) |                                    |  |   |                             |                                     |
|                    | 身体状況                           | 介護度   | 支1 支2 介1 介2 介3 介4 介5 自立         |   |                                    |  |   |                             |                                     |
|                    | 認知症高齢者<br>日常生活自立度              | I IIa IIb IIIa IIIb IV M                        |                                 |   |                                    |  |   |                             |                                     |
| 4 事故<br>の概要        | 発生日時                           | 令和 3 年 3 月 25 日 15 時 00 分頃 (24 時間表記)            |                                 |   |                                    |  |   |                             |                                     |
|                    | 発生場所                           | <input type="checkbox"/> 居宅(個室)                 |                                 | <input type="checkbox"/> 居室(多床室)                      | <input type="checkbox"/> トイレ       | <input checked="" 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( ) |   |                                    |  |   |                             |                                     |
|                    | 事故の種別                          | <input checked="" 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 type="checkbox"/> その他( )                       |                                    |  |   |                             |                                     |
|                    | <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 | <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)        |                                 |   |                                    |  |   |                             |                                     |
| 発生時の状況、<br>事故内容の詳細 | ※事故時の状況や経緯等を具体的に記載してください。      |   |                                 |   |                                    |  |   |                             |                                     |
| その他<br>特記すべき事項     |                                |   |                                 |   |                                    |  |   |                             |                                     |

裏面も記載してください

|  |                        |  |  |  |                                     |
|--|------------------------|--|--|--|-------------------------------------|
| 5<br>事故発生時の対応  | 発生時の対応                 | ※事故時に取った対応を具体的に記載してください。   |  |  |                                     |
|  | 受診方法                   | <input type="checkbox"/> 施設内の医師<br>(配置医含む)が対応  | <input type="checkbox"/> 受信<br>(外来・往診) | <input checked="" type="checkbox"/> 救急搬送 | <input type="checkbox"/> その他<br>( ) |
|  | 受診先                    | 医療機関名  | 〇〇病院                                   | 連絡先<br>(電話番号)                            | 〇〇〇—〇〇〇〇                            |
|  | 診断名                    | 左大腿骨頸部骨折   |  |  |                                     |
|  | 診断内容                   | <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折(部位: 左大腿骨頸部 )<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |                                     |
|  | 検査、処置等の概要              | ※治療の概要を記載してください。   |  |  |                                     |
| 6<br>事故発生後の状況  | 利用者の状況                 | ※治療後の経過やその後のサービスの利用予定等を記載してください。   |  |  |                                     |
|  | 家族の等への報告               | ※いつ、だれが、だれに報告したのか記載してください<br><b>令和3年3月25日15時30分 施設職員より長女に電話</b>  |  |  |                                     |
|  | 連絡した関係機関<br>(連絡した場合)   | <input type="checkbox"/> 他の自治体<br>自治体名( )  | <input type="checkbox"/> 警察<br>警察署名( ) | <input type="checkbox"/> その他<br>名称( )    |                                     |
|  | 本人、家族、<br>関係先等への追加対応予定 |  |  |  |                                     |
| 7 事故の原因分析<br>(本人要因、職員要因、<br>環境要因の分析)                       | ※具体的に記載してください          |  |  |  |                                     |
| 8 再発防止策<br>(手順変更、環境変更、<br>その他の対応、<br>再発防止策の評価時期<br>および結果等) |                        |  |  |  |                                     |
| 9その他・特記すべき事項   |                        |  |  |  |                                     |

【注意】

- 1 事故発生後速やかに、事業所(施設)名・報告者職氏名・利用者氏名・発生日時・事故種別を電話又は文書で報告してください。
- 2 記載にあたっては、要点をまとめてください。 3 記載しきれない時は、任意の用紙に記載し添付してください。

【報告先】

〒960-8601 福島市五老内町3番1号  
 福島市役所 健康福祉部 介護保険課 介護給付係 TEL(直通)024-525-6587