

## 事故及び感染症の報告に迷ったら

### 1 報告が必要なとき

- (1) サービス提供中の、利用者のケガや死亡事故
  - ・利用者が医療機関に受診が必要なケガをしたとき
  - ・その事故により、利用者や利用者の家族とトラブルになりそうとき
  - ・賠償金や見舞金などを支払ったとき
  - ・利用者に損害を与えたとき
  - ・施設長が報告した方が良いと判断したとき
- (2) 食中毒及び感染症が発生したとき
  - ・死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生したとき
  - ・10名以上又は全利用者の半数以上発生したとき
  - ・施設長が必要と報告が必要と判断したとき

### 2 報告書作成時の留意事項

- (1) 事故報告書 利用者や利用者家族とのトラブルの有無についても記載してください。  
記載欄「6 事故発生後の状況」の最下段「家族とのトラブル 有無」
- (2) 感染症報告書 発生時のみ報告してください。経過については報告する必要はありません。(施設長が必要と判断した場合はこの限りではありません。)

### 3 報告様式について

市ホームページに掲載されている様式を基準としておりますが、必要事項の記載があれば任意様式でも構いません。

### 4 その他

詳細については、安城市公式ウェブサイト望遠郷をご確認ください。

<https://www.city.anjo.aichi.jp/kurasu/fukushikaigo/kaigo/jikohoukokusho.html>

二次元コード



## 感染症の発生に関する報告書

報告日：           年    月    日

### ○基本情報

法人名	
事業所名	
事業所所在地	
サービス種別	
定員	
感染症（種類）	
報告理由	10人以上の感染   ・   全利用者の半数以上の感染

### ○感染者の状況

発生日（最初に発生した日）				
感染者数	利用者	人	職員	人
症状の有無 ※感染者である利用者、職員の症状の有無を記載してください。	症状あり	人	症状あり	人
	症状なし	人	症状なし	人
主な症状				
特記事項 ※利用者が入院した場合など、特別な事情があれば記載してください。				

### ○関係機関への報告

愛知県、保健所への報告	愛知県： 未   ・   済	保健所： 未   ・   済
-------------	----------------	----------------

### ○対応状況

協力医療機関名*	

※「協力医療機関名」欄は、通所介護事業所等で協力医療機関がない場合は記載の必要はありません。

連絡先	担当者氏名：	電話番号：
-----	--------	-------

感染症の発生に関する報告書

報告日：2023年〇月〇〇日

○基本情報

法人名	社会福祉法人〇〇〇〇		
事業所名	特別養護老人ホーム〇〇〇〇		
事業所所在地	〇〇市〇〇町〇〇〇		
サービス種別	特別養護老人ホーム		
定員	100人		
感染症（種類）	新型コロナウイルス		
報告理由	10人以上の感染 ・ 全利用者の半数以上の感染		

○感染者の状況

発生日（最初に発生した日）	2023年〇月〇〇日			
感染者数	利用者	10人	職員	2人
症状の有無 ※感染者である利用者、職員の症状の有無を記載してください。	症状あり	8人	症状あり	2人
	症状なし	2人	症状なし	0人
主な症状	発熱、咳、倦怠感			
特記事項 ※利用者が入院した場合など、特別な事情があれば記載してください。	利用者のうち2名が〇〇〇病院に入院			

○関係機関への報告

愛知県、保健所への報告	愛知県： 未 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 済	保健所： 未 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 済
-------------	--	--

○対応状況

ゾーニングを行った上で、陽性者は施設内個室に隔離 保健所に相談し、〇月〇日に全利用者・職員に対するPCR検査を実施 協力医療機関の指示により症状が重い利用者2名を入院措置	
協力医療機関名*	医療法人〇〇会〇〇〇病院

※「協力医療機関名」欄は、通所介護事業所等で協力医療機関がない場合は記載の必要はありません。

連絡先	担当者氏名：〇〇 〇〇	電話番号：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
-----	-------------	-------------------

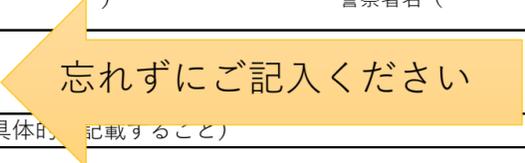
# 事故報告書 (事業者→安城市)

※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

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第 ____ 報	<input type="checkbox"/> 最終報告
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

提出日：西暦 年 月 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 type="checkbox"/> その他 ( )											
	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												
	事業所(施設)名								事業所番号				
	サービス種別	その他(右欄に記入してください)											
	所在地												
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										
		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		年		月		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 type="checkbox"/> その他 ( )											
		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 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)										
			発生時状況、事故内容の詳細										
	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									
	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 type="checkbox"/> 他の自治体 自治体名 ( )		<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	家族とのトラブル <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
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										