様式例

令和　　年　　月　　日

　八王子市長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 施設（事業所）名 |  |
| 施設長（管理者）名 |  |

施設（事業所）利用者事故等報告書

　施設（事業所）利用者の事故がありましたので下記のとおり報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 第１報 | * 第　　　報 | * 最終報告 | 該当の箇所に☑ |
| * 障害福祉サービス利用者が八王子市援護者 | | * 市内に所在する事業所において事故が発生 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1事業所情報 | 事業所名・ユニット名 |  |
| 事業所番号 |  |
| サービス種別 |  |
| 施設所在地 |  |
| 施設管理者名 |  |
| 担当者名・連絡先 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2利用者  氏名 | さん | | | | | | 性別 |  | | | 障害支援区分 | | | |  |
| 3生年月日等 |  | 年 | |  | | 月 |  | 日 | | |  | | | 歳 | |
| 4障害状況等 | 愛の手帳（療育手帳） | | | |  | 度 | 身体障害者手帳 | | | |  | 種 |  | | 級 |
| 精神障害者保健福祉手帳 | | | |  | 級 | 障害特性 |  | | | | | | | |
| 5事故の  概要 | 発生年月日 | | 年　　月　　日（　　曜日） | | | | | | | 時　　分　　頃 | | | | | |
| 発生場所 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 事故種別  （該当の箇所に☑） | | ☐①死亡事故  ☐②入院を要した事故（持病による入院等は除く）  ☐③医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故  ☐④薬の誤与薬  ☐⑤無断外出  ☐⑥感染症の発生  ☐⑦送迎車両の車内への利用者の置き去り事故  ☐⑧事件性のあるもの（職員による暴力事件等）  ☐⑨保護者や関係者とのトラブル発生が予想されるもの  ☐⑩施設運営上の事故の発生  （不正会計処理・送迎中の交通事故・個人情報の流出等）  ☐⑪虐待通報をした場合  ☐⑫⑬その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 5事故の  概要 | 原因・経緯・状況 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 6事故  発生時の対応 | 発生時の対応 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 受診方法 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 診断名・診断内容 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 7関係機関への  連絡 | 家族 | | さん（続柄　　　）へ | | | | | | 月　　日　　時　　分頃 | | | | | | |
| 実施機関 | | 福祉事務所へ | | | | | | 月　　日　　時　　分頃 | | | | | | |
| その他  （病院・警察等） | | （　　　　　　　　　　　）へ | | | | | | 月　　日　　時　　分頃 | | | | | | |
| （　　　　　　　　　　　）へ | | | | | | 月　　日　　時　　分頃 | | | | | | |
| 8事故後の対応 | 事故後の利用者の現況 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 保護者等からの意見 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 追加対応予定、損害賠償等の状況 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 9事故の原因分析  （本人要因、職員要因、環境要因の分析） | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 10再発防止に向けての  今後の対応 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 11その他特記事項 | | |  | | | | | | | | | | | | |

※不足する場合は、別紙を添付してください。