

介護サービスに係る事故報告書

清瀬市 担当課長殿

※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												
	所在地												
	報告者名・連絡先	TEL ()											
3対象者	氏名・年齢・性別	フリガナ 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									被保険者番号			
	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・発見日時⑩	<input type="checkbox"/> 発生 <input type="checkbox"/> 発見	西暦		年		月		日		時	分頃	
	事故の場所	<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"/> 居宅 () <input type="checkbox"/> その他 ()											
		事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)										
			<その他> <input type="checkbox"/> 感染症(インフルエンザ等) <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 離脱 <input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> 職員の違法行為・不祥事 <input type="checkbox"/> 事業所の災害被災 <input type="checkbox"/> ()										
	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・発見時の対応	発生・発見時の対応										
	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 其他()									
	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"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他()									
	検査、処置等の概要	(入院先) 入院年月日)									
6 事故の発生状況・発見後	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(ケアマネ等)名称()									
	本人、家族、関係先等への追加対応予定										
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 損害賠償等の状況	<input type="checkbox"/> 損害賠償保険利用 <input type="checkbox"/> 検討・交渉中 <input type="checkbox"/> 賠償なし(補足事項:)										
10 その他 特記すべき事項											

【留意事項】

- 1.記載しきれない場合は、別添を添付すること。他に資料のある場合は、添付すること。
- 2.複数の当事者が存在する事故については、当事者ごとに報告することを原則とするが、感染症等において利用者欄以外の記載内容が同じ場合には、当事者一覧を添付することにより、一括して報告できるものとする。
- 3.入所者及び利用者の事故について、事業所所在地の保険者と入所者等の保険者双方へ報告すること。