

管理者名

1 事故状況	事故状況の程度	☐ 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 ☐ 入院 ☐ 死亡 ☐ 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							電話番号						
	所在地													
3 対象者	氏名・年齢・性別	氏名	様			年齢	歳		性別			被保険者番号		
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日				保険者		
	住所	☐ 事業所所在地と同じ ☐ その他 ()												
	身体状況	要介護度	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 自立											
		認知症高齢者 日常生活自立度	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ 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	☐ 居室(個室) ☐ 居室(多床室) ☐ トイレ ☐ 廊下 ☐ 食堂等共用部 ☐ 浴室・脱衣室 ☐ 機能訓練室 ☐ 施設敷地内の建物外 ☐ 敷地外 ☐ その他 ()												
	事故の種別	☐ 転倒 ☐ 誤薬、与薬もれ等 ☐ 交通事故(加害者又は自損の場合) ☐ 転落 ☐ 医療処置関連(チューブ抜去等) ☐ 交通事故(被害者の場合) ☐ 誤嚥・窒息 ☐ 財物の損壊・滅失 ☐ 離脱・行方不明 ☐ 異食 ☐ 従業員の法令違反 ☐ 不明 ☐ その他 ()												
	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	☐ 施設内の医師(配置医含む)が対応 ☐ 受診(外来・往診) ☐ 救急搬送 ☐ 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	☐ 切傷・擦過傷 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ 骨折(部位:) ☐ 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	☐ 配偶者 ☐ 子、子の配偶者 ☐ 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)	☐ 他の自治体 ☐ 警察 ☐ その他 自治体名() 警察署名() 名称()									
	本人、家族、関係先等への追加対応予定										
	損害賠償等の状況										
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)										
	本人要因	☐ 疾病 ☐ 機能低下 ☐ 薬物処方 ☐ その他()									
	介護要因	☐ アセスメント不足 ☐ 利用者の状況変化の情報共有不足 ☐ 経験・見守り不足 ☐ 安全確認不足 ☐ 介助手順が守られていない ☐ 不適切な介助姿勢 ☐ 介助者の人数不足 ☐ その他()									
	環境要因	☐ 設備の不備 ☐ 器具の不備 ☐ 整理整頓の不備 ☐ その他()									
	不明	☐ 不明									
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											

※ サービス種別については、以下のとおり。

- * 1 共生型サービスを含む。
- * 2 介護型ヘルプサービス、生活支援型ヘルプサービス、支え合い型ヘルプサービス
- * 3 介護予防型デイサービス、短時間型デイサービス、短期集中運動型デイサービス