

事故報告書

報告日：西暦 年月日

渋谷区福祉部介護保険係長様

報告の種別		<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 中間報	<input type="checkbox"/> 最終報	<input type="checkbox"/> 第1報及び最終報			
1 事故 状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診（外来・往診） <input type="checkbox"/> 自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" 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							
	所在地							
	事業所番号		連絡先（電話番号）					
	責任者名		記入者職・氏名					
サービス種別	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護予防支援		<input type="checkbox"/> 定期巡回・隨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	3 利用者情報 (事故当時者)	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	年齢
		氏名	様			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		被保険者番号			保険者名	<input type="checkbox"/> 渋谷区 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
		サービス提供開始日	西暦 年月日					
		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"/> 送迎中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 無断外出(離設) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 震災・風水害・火災 <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 個人情報取扱不備 <input type="checkbox"/> 感染症・食中毒・疥癬等 () <input type="checkbox"/> 職員の行為 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
	発生時状況、事故内容の詳細			
	報告が遅延した理由			
	その他 特記すべき事項			
	発生時の対応			
5 事故発生時の対応	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・居宅介護支援事業者への連絡状況	連絡した家族等の続柄	<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、家族等、関係機関への追加対応予定				
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 損害賠償の状況 (ありの場合は状況を記入)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
10 その他 特記すべき事項					

注) 1 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 日以内に提出すること。

注) 2 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。

注) 3 記載しきれない場合は、適宜別紙を添付すること。