

市町 あて

法人名

事業所(施設)名

責任者名

印

1 事業所	サービス種類	記載者職・氏名					
	所在地	電話番号	事業所番号				
2 対象者	氏名・年齢・性別	氏名:		年齢:	性別:		
	日常生活自立度等	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	要介護度			
	被保険者番号	サービス提供開始日		年	月	日	
	住所	住所		保険者名			
3 事故の概要	発生日時	年 月 日 ()		時	分	頃	
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室	<input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 駐車場	<input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> 道路上	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 玄関	<input type="checkbox"/> その他()	
	事故の原因 <small>(複数の場合は最も症状の重いもの)</small>	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤嚥	<input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 殴打	<input type="checkbox"/> 介護中の負荷 <input type="checkbox"/> 無断外出	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> その他()	
	事故の種別 <small>(複数の場合は最も症状の重いもの)</small>	<input type="checkbox"/> 骨折() <input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 感染症	<input type="checkbox"/> 外傷() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡年月日: 年 月 日)		
	発生状況	<input type="checkbox"/> 介護中	<input type="checkbox"/> 利用者単独時	<input type="checkbox"/> 職員の目視可能	<input type="checkbox"/> その他()		
	事故前の利用者の状況	状況 ← 日常においてどのような課題があったか(徘徊・歩行時のフツキ・嚥下困難等)、その状況を記載		対応内容 ← 把握した課題に対してどのように対応して			
				← 事故の危険性について事前にケアプラン等で把 ケアプランでの対応 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	事故の内容	← 時間的経過及び事故発生時の状況や原因が分かるように時系列で具体的に記載。					
	対処の仕方	← 誰の指示で、誰が、いつ、何をしたのか等時系列で具体的に記載					
	4 事故発生時の対応	緊急搬送の有無・時間	<input type="checkbox"/> 有(連絡時間 時 分) (搬送時間 時 分)		<input type="checkbox"/> 無		
治療した医療機関名、住所等		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院					
診断・治療の概要							
連絡済の関係機関							
家族への説明	説明の状況、内容	← 家族への報告は、いつ、誰が、誰に、どのように説明を行ったか。その時の反応、指摘等も記載					
	家族の意見、指摘等						

市 町 あて

法人名 _____
 事業所(施設)名 _____
 サービス種別 _____
 責任者名 _____ 印
 連絡先 _____ 所在市町名 _____ 市町 _____
 記載者職・氏名 _____

1 対象者	対象者氏名・年齢	氏名: _____	年齢: _____	
	事故発生日・報告日	発生日: _____年 _____月 _____日	第1報報告日: _____年 _____月 _____日	
2 事故発生後の対応	利用者の状況 (病状・経過、その他状況)			
	家族の意見、指摘等			
	損害賠償等の状況	<input type="checkbox"/> 有→(対応内容を具体的に) (_____) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未交渉		
3 再発防止策	検討日時	_____年 _____月 _____日		
	検討会参加人数・職種	_____人	_____職種	
	原因分析	利用者の行動 (本人要因)		
		職員の対応 (職員要因)		
		設備等 (環境要因)		
	利用者個人への対応	対応済みの内容		
		今後対応予定の内容 (実施予定年月日)	_____	
		ケアプランの変更	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他(_____)
事業所全体での対応	対応済みの内容			
	今後対応予定の内容 (実施予定年月日)	_____		

1 介護サービス提供中に事故が発生した場合に、様式1については、事故発生後3日以内に保険者に提出してください。

2 様式2については、詳細な経過及び再発防止への対応改善策等を記載して事故発生後2週間以内に保険者に提出してください。

3 記載しきれない場合は、記載欄の幅の変更や任意の別紙に記載し、資料があれば添付してください。