

**【記入例】 事故報告書 (事業者→東久留米市)**

※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

第1報     第\_\_報     最終報告    提出年月日：(西暦) 年 月 日

該当する報告種別にチェックマーク(☑)を入れて選択    日付はすべて西暦で記入

1 状 故	事故状況の程度	<input checked="" 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 業 所 の 概	法人名	社会福祉法人〇〇会											
	事業所(施設)名	〇〇デイサービスセンター					事業所番号	123456789					
	サービス種別	通所介護・第一号通所事業					サービス種別はプルダウン (マウス操作)で選択可。	記載者氏名	介護 一郎	職名	相談員		
	所在地	東久留米市〇〇町1-1-1					電話番号	042-〇〇〇-〇〇〇〇					
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名	東久留米 花子			年齢	89		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性			
	サービス提供開始日	西 暦	2020	年	10	月	1	日	保険者	東久留米市 「〇〇市」「〇〇区」等			
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 東久留米 ) 市・区											
	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 checked="" 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"/> II a <input checked="" type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M											
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦	2021	年	4	月	25	日	9	時	30	分頃(24時間表記)	
	発生場所	<input checked="" 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"/> その他 ( )											
	事故の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)											
	発生時状況、事故内容の詳細	時系列に沿って具体的に記入。											
	その他 特記すべき事項	既往症、普段の生活上の制約など、事故に関係する事項を記入。											
5 事 故 発 生 時 の 対 応	発生時の対応	いつ、だれの判断で、どのような対応をしたかを記入。											
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input checked="" 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	〇〇整形外科					連絡先(電話番号)	042-〇〇〇-〇〇〇〇				
	診断名	左大腿骨頸部骨折											
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 (部位： 左足 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )											
検査、処置等の概要	レントゲンなどの検査や、手術予定など。												

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	<input checked="" 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	2021	年	4	月	25	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、関係先等 への追加対応予定	損害賠償の予定など。											
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)										
		直接的、間接的な事故の原因を記入。										
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)										
		中間報告、最終報告を提出する場合は、第1報提出時の記入を省略可。 「～を検討中」「見守りの強化」「職員への周知」など漠然とした表現は不可。具体的な方策を記入。										
9 その他・特記すべき事項		提出遅延理由など。										
		介護支援専門員氏名	久留米 太郎			事業所名	〇〇居宅介護支援事業所					

注1 記入しきれない場合は別紙を、資料等がある場合は関係資料を添付すること。

注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、利用者欄以外の記載内容が同じ場合には、当事者一覧(様式第2号)を添付することにより、一括して報告できるものとする。

市 処 理 欄	事故内容	特記事項等