

社会福祉施設等における事故等報告書

【第 報 報告日】 年 月 日

法人名				
施設名		<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅		
所在地		〒 電話番号:    FAX:		
管理者氏名		印		
報告者職・氏名		※ 問い合わせに対応できる方を記入してください。		
入居者氏名 (対象者)	ふりがな	性 別	男・女	年齢 ( ) 歳
		生 年 月 日		年 月 日
入居者住所		〒 (住所地特例適用者については、前住所についても記入すること)		
介護保険被保険者番号		認定区分	自立・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)	
事 故 等 の 概 要	発生日時	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分頃 発生・発見		
	発生場所			
	事故等の種類 (複数ある場合は全てに☑)	<input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> 骨折(ひび含む) <input type="checkbox"/> 食中毒                      (FAX誤送信・個人情報紛失等含む) <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 感染症・結核等 <input type="checkbox"/> 徘徊・行方不明・離設 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 異食・窒息・誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 送迎時の交通事故 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 急な体調変化 (あざ・内出血・表皮剥離など) <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 事業所等の事故(火災等) <input type="checkbox"/> 外傷なし <input type="checkbox"/> その他( ) 死亡に至った場合、死亡日:                      年 月 日 原因: 検死: 有・無		
発生経過(できるだけ詳しく)	下記の点を踏まえたうえで、事故発見前の状況(最終確認日時等)から事故等発生の経過がわかるように「時系列」で「具体的」に記入してください。 A. 入居者について(普段の状態や様子、事故等発生前に気付いた点、事故時の様子) B. 施設としての対応について(入居者に普段どのように対応しているか、事故時にどのように対応したか) C. 報告する事故等について(事故の内容の詳細について) D. 感染症等の場合は、疾病名、最初に患者が発生した日、入居者・職員の発生人数、主な症状			

発生時の対応	受診日	受診日時： 年 月 日 時 分
	医療機関	医療機関名： 〒  電話番号：
	傷病名	
発生後の対応	対象者の状態	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 施設・自宅療養 <input type="checkbox"/> その他( ) 状況：事故後の対象者(入居者)の状態について記入してください。 (施設での現在の様子、病院での様子・治療を要する期間、感染症による患者の集団発生の場合は患者数の推移等)
	家族への連絡 説明の内容	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分頃 家族氏名 (続柄) 電話番号 <input type="checkbox"/> 連絡不要(身寄りのない方等)
	家族の反応	家族等が理解・納得されているかを記入してください。今後トラブルに発展する可能性があれば記入してください。
	経過 (内容)	<input type="checkbox"/> 解決又は終結している <input type="checkbox"/> 継続している
	損害賠償に関する経過	<input type="checkbox"/> 施設負担(保険を利用した場合を含む) <input type="checkbox"/> 入居者負担 <input type="checkbox"/> 負担が生じる状況はなし <input type="checkbox"/> 検討・交渉中(結果が分かり次第再度報告してください) <input type="checkbox"/> その他
事故等が発生した 要因分析	【事故等について、施設内で検討した発生要因の分析について記入してください。】 (何故事故等が起こってしまったのか、また、事故等の予見はあったか、事故等の回避は可能であったか)	
再発防止に 向けての 今後の対応	【事故等発生後、施設内で検討の結果、実施する対応の内容を具体的に記入してください。 不適切例：～を検討中、見守りの強化、職員への周知などの漠然とした表現は不可。 対応を検討中・検討する予定ではなく、検討した結果を記入してください。】	
その他特記事項		