

御所市長 宛

事業所名
管理者名

印

障害福祉サービス事業者等 事故報告書

1 事業所の概要			
法人の名称			事業所番号
事業所の名称			
事業所の住所			
電話番号			担当者氏名
事故が発生した事業の種類	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 自立訓練（宿泊型） <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 <input type="checkbox"/> 計画相談支援 <input type="checkbox"/> 福祉型児童発達支援センター <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援センター <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 福祉型障害児入所施設 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 福祉ホーム <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 医療型障害児入所施設		
2 利用者			
氏名			性別
住所			障害支援区分
受給者番号			生年月日
			年 月 日
			電話番号
障害等の状況	身体障害者手帳	総合等級	種 級
	療育手帳	種	
	精神障害者保健福祉手帳	級	診断名等
	その他	特定疾患医療受給者証の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 医療機関等の診断名	
特記事項			
3 事故の概要			
発生日時	令和 年 月 日 () 時 分頃		
発生場所			
事故の種別	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 財物の損壊・滅失 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 従業員の不祥事・法令違反 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 薬の誤配 <input type="checkbox"/> 事業所等の事故（火災等） <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 交通事故（加害者・自損） <input type="checkbox"/> 介護等ミス <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 交通事故（被害者）		
事故の経緯及び事故後の対応			

4 利用者及び家族への対応等						
事故時の対応	対処の方法					
	受診した医療機関名			主治医の氏名		
	医療機関所在地			診断名		
	治療等の内容 (病状・入院の有無等)					
事故後の対応・状況	利用者の状況					
	家族への報告・説明	家族等の氏名			続柄	
		住所				
		連絡日時	令和	年	月	日
		連絡者				
		内容				
	家族の理解等					
損害賠償等の状況 (損害保険利用の有無等)						
連絡した関係機関名所在地						
5 事故の原因及び今後の改善策について						
事故の原因及び今後の改善策						
要因種別	1 本人等要因	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 機能低下 <input type="checkbox"/> 薬物処方 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他害 <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> その他 ()				
	2 介護者要因	<input type="checkbox"/> アセスメント不足 <input type="checkbox"/> 安全確認不足 <input type="checkbox"/> 観察・見守り不足 <input type="checkbox"/> 介護手順が守られていない <input type="checkbox"/> 不適切な介護姿勢 <input type="checkbox"/> 介護者の人数不足 <input type="checkbox"/> 利用者の状況変化の情報の共有化不足 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	3 環境要因	<input type="checkbox"/> 設備の不備 <input type="checkbox"/> 器具の不備 <input type="checkbox"/> 整理整頓の不備 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	4 不明	<input type="checkbox"/> 不明				

※記載しきれない場合は、任意の紙に記載のうえ、この報告書に添付してください。
 事故について、詳細な記録(介護・看護記録等)や図がある場合は、あわせて添付してください。