

インシデント・アクシデント報告レポート

報告日

年 月 日

報告者名		職種	
発生日時	年 月 日 (曜日) 時 分		
発生場所	<input type="checkbox"/> 利用者自宅 () <input type="checkbox"/> 事務所内 <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
利用者氏名		介護度	

* 事故の影響度分類 (該当するレベルに○)

レベル0 レベル1 レベル2 レベル3 レベル4 レベル5

主な内容

確認ミス 伝達ミス 書類関係の紛失・誤送 接遇 訪問時間の間違い 誤薬
利用者宅の什器破損 交通事故 火傷・外傷 抜去 抜針 転倒・転落

事故発生時の経過 (誰が何を行っている際、何をどのようにしたためどうなったか、その後の対応)

SAMPLE

事故による利用者の状態の変化 なし あり ()

報告説明	主治医 (年 月 日 時 分)	ケアマネ (年 月 日 時 分)
	管理者 (年 月 日 時 分)	本人・家族 (年 月 日 時 分)
要因 (あてはまるもの全てに)		
【人的要因】 <input type="checkbox"/> 判断ミス <input type="checkbox"/> 知識誤り <input type="checkbox"/> 確認不足 <input type="checkbox"/> 観察不足 <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 経験不足 <input type="checkbox"/> 寝不足 <input type="checkbox"/> 技術間違い <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 慌てていた <input type="checkbox"/> 緊張していた <input type="checkbox"/> 思い込み <input type="checkbox"/> 忘れた <input type="checkbox"/> 不注意 <input type="checkbox"/> 説明不足 <input type="checkbox"/> 管理ミス <input type="checkbox"/> その他 ()		
【環境要因】 <input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 悪天候 <input type="checkbox"/> その他 ()		
【管理・システム的要因】 <input type="checkbox"/> 連携不足 <input type="checkbox"/> コミュニケーション不足 <input type="checkbox"/> 機械のトラブル <input type="checkbox"/> 多忙 <input type="checkbox"/> その他 ()		
今後の改善策 (予防・是正処置)		

※インシデント

レベル0 間違った事が発生したが、患者に実施されなかった。
レベル1 間違った事を実施したが、患者に変化は生じなかった。
その場の対処で済み、今後に影響を及ぼさないと考えられる。
レベル2 生命に異常はないが経過観察を要し、検査の必要性あり。
緊急の治療は必要ない。

※アクシデント

レベル3 生命に異常はないが、緊急の治療処置が必要。
事故により入院が必要になった。
レベル4 事故により生命への影響が強い。
患者に障害が残った。
レベル5 事故が死因となった。