**事故報告書**（事業者→市・町）

様式１

　西暦　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　市・町長　様

以下のとおり介護サービスにおいて事故が発生しましたので報告します。

|  |
| --- |
| □第１報　　　　□第　　報　　　　□最終報告　　 |

　※第１報は少なくとも１から６まで可能な限り記載し、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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １事故状況 | 事故状況の程度 | □受診（外来・往診）、自施設で応急処置　□入院（　　　年　　月　　日～　　　月程度見込み）□手術（　　　年　　月　　日）□通院　（　　　月程度見込み） □ギプス　　　 □バンド等固定　 　　□縫合□死亡（　　　年　　月　　日）□その他（　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ２事業者の概　要 | 法人名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |
| サービス種類（事故が発生したサービス） |  |
| 所在地 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話（　　　　　　　　　） |
| 報告書記載者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　名（　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ３対象者 | 住　所 | □事業所所在地と同じ　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 氏　名 |  | 性　別 | □男　・□女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　年　　月　　日生　　　　年齢　　　歳 |
| 被保険者番号 | 　　　　　　　　　　　　 |  |
| 身体状況 | 要介護度 | □要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５　□自立 |
| 認知症高齢者日常生活自立度 | □Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M |
| ４事故の概要 | 発生日時 | 西暦　　　　年　　月　　日（　 ）ＡＭ・ＰＭ　　　時　　　分頃 |
| 発生場所 | □居室（個室）　□居室（多床室）　□トイレ　　　□廊下　□食堂等共用部　□浴室・脱衣室　　□機能訓練室　□施設敷地内の建物外□敷地外　　　　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 種別 | □転倒　　　　　□異食　　　　　　 □不明　　　　　　　　　　　　□転落　　　　　□誤薬、与薬もれ等 □その他( )□誤嚥・窒息　　□医療処置関連（チューブ抜去等） |
| 内容 | ＊発生（発見）場所、その時の状況、利用者の状態などを具体的に記載する。 |
| その他特記すべき事項 |  |
| 原因 | ＊直接事故に結びついたと考えられる要因 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ５事故発生時の対応 | 対処仕方 | ＊事故発生後対応を経過記録的に記載すること。 |
| 受診方法 | □施設内の医師（配置医含む）が対応　　□受診（外来・往診）□救急搬送　　　　□その他（　　　　　　　　　） |
| 受診先 | 所在地 |  |
| 医療機関名 |  | 連絡先（電話番号） |  |
| 診　断　名 |  |
| 診断内容 | □切傷・擦過傷　　□打撲・捻挫・脱臼□骨折（部位：　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 家族への連絡、説明状況 | 報告した家族等の続柄 | * 配偶者　　□　子、子の配偶者
* その他（　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 報告年月日 | 西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| □電話　□訪問（訪問者　　　　　　　　　）　□文書　□了解済み　　□不納得 |
| 連絡済関係機関（連絡した場合のみ） | □市町介護保険担当課□利用者家族　□ケアマネージャー　□他の自治体（自治体名：　　　　　　　　　）□警察（警察署名：　　　　　　　　　　　）　　　□その他（名称：　　　　　　　　　　　　） |
| ６事故後の対応 | 利用者の状況 | ＊病状、入院の有無、その他の利用者の状況及び家族への報告、説明を具体的に記載すること。 |
| 損害賠償等の状況 | 保険の利用予定　□あり・□なし主な賠償内容 |
| ７再発防止に向けての今後の取組・改善策 | ＊できるだけ具体的に記載すること。（マニュアル見直し、職員間での研修、原因の解明等） |
| ８その他特記すべき事項 |  |

※記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、添付すること。