別記様式(第3条関係)

　　　　介護保険事業者・事故報告書(事業者→新見市)

　　　　1　介護サービス提供中に事故が発生した場合に、この報告書を提出してください。

　　　　2　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してください。

　　　　3　第2報提出時に事故が完結していない場合は、その時点での進捗状況や完結の見込みなどを8再発防止策に記載してください。

　　　　　　なお、この様式で記入しきれない場合は別紙に記入してください。

　　　　4　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してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | □　第1報　　　　　　　□　第　　　　報　　　　　　　□　最終報告 | 提出日：　　　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | □ | 死亡 | □ | その他(　　　　　　　　　　) | |
| 死亡に至った場合  死亡年月日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | | | |
| ２事業所の概要 | 法人名 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所(施設)名 |  | | | | | | | 事業所番号 |  | | |
| サービス種別 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | |
| ３対象者 | 氏名・年齢・性別 | 氏名 |  | | | 年齢 |  | | 性別： | □　男性　　　　　　□　女性 | | |
| サービス提供開始日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 保険者 |  | | |
| 住所 | □　事業所所在地と同じ　　　　　　　□　その他　　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 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 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 時 |  | 分頃(24時間表記) |
| 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(　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 事故の種別 | □　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) | | | | | | | | | | |
| 発生時状況、事故内容の詳細 |  | | | | | | | | | | |
| その他  特記すべき事項 |  | | | | | | | | | | |
| ５事故発生時の対応 | 発生時の対応 |  | | | | | | | | | | |
| 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 | 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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 検査、処置等の概要 |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | □　配偶者　　　　　□　子、子の配偶者　　　　　　　　　　□　その他(　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | |
| 報告年月日 | |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | |
| 連絡した関係機関  (連絡した場合のみ) | □　他の自治体　　　　　　　　　　　　　　　□　警察　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　その他  　　　　　　自治体名(　　　　　　)　　　　　　　　　　警察署名(　　　　　　)　　　　　　　　　　　　　名称(　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 本人、家族、関係先等への追加対応予定 |  | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 9　その他  特記すべき事項 | | |  | | | | | | | | | |