**介護保険事業者 事故報告書（事業者→佐々町）**

（別紙）

※第１報は、少なくとも1から5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すること。

報告日：令和　　年　　月　　日

□第１報　　□第＿＿報　　□最終報告

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ 事業所の概要 | 法人名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所（施設）名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  | | （管理者氏名） | | | |
| 所在地 | 電話番号　　　－（ 　　）－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号　　　－（ 　　）－ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記載者の職・氏名 | 職名： | | | | | | | | | | | | | | 氏名： | | | |
| 介護サービス種類 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２ 対象者 | 氏名・年齢・性別 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | | |  | 年齢：　　　　歳　　　性別：□男 ・ □女 | | | |
| □要支援（　　　）　　□要介護（　　　） | | | |
| 被保険者番号 |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | サービス提供開始日 | | 年 　　月 　　日 | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | | | | | | □J1　　□J2　□A1　 □A2　□B1　 □B2　□C1　□C2 | | | | | | | | | | | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | | | | | | □自立　 □Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M | | | | | | | | | | | | |
| ３ 事故の概要 | 発生日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　午前・午後　　　　時　　　分頃 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発生場所 | □居室　□廊下　□ﾄｲﾚ　□食堂・ﾘﾋﾞﾝｸﾞ　□浴室　□屋外　□その他（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故原因 | □転倒　□転落　□福祉用具　□交通事故　□その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故の種別 | □骨折　□打撲　□捻挫　□脱臼　□裂傷　□やけど　□行方不明  □異食・誤嚥　□誤投薬　□食中毒　□感染症・結核　□職員の法令違反・不祥事 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □その他（　 　　）　　□死亡 | | | | | | | | | | | | | | | 死亡年月日：令和　　年　　月　　日 | | |
| 事故の内容  （経緯） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ４ 発生時の対応 | 対処の方法 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療した医療機関 | 医療機関等の名称：  連絡先（電話番号）： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療の概要 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ５ 事故後の対応 | 利用者の状況 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 入院の有無 |
| （ 有 ・ 無 ） |
| 家族への連絡  及び説明状況 | 連絡日：　　月　　日　　時　　分頃／家族氏名：　　　　　　　　続柄（　　 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 損害賠償等の状況 | 有〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　 〕 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | 警察への連絡（有・無） | |
| ６　防止に向けての今後の取組・改善策 | 原因分析  （『どうして防げなかったのか』という視点で記載） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改善策・再発防止策（利用者の自立支援を目的とした具体的な内容を記載） | 協議日時：　　　月　　　日　　　：　　～　　：　　　　協議者数：　　　人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ７　その他 | 上記以外に報告が必要と思われる項目があれば記入 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注）記載しきれない場合やその他報告項目がある場合は、任意の別紙に記載のうえ本報告書に添付してください。

添付書類

　現在のケアプランの写し（事故発生時のケアプラン）