様式第１号（第６条関係）

（宛先）伊勢崎市長

**介護（予防）サービス事業者等事故（発生・経過）報告書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　１報告者の概要 | 法人名 |  | 事業者番号　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所（施設）名 |  | 電話番号 | ―　　　―　　 |
| 所在地 | 〒 | ＦＡＸ番号 | ―　　　―　　 |
| 記載者（職・氏名） |  |
| サービス種類（事故の発生したサービス）※介護・予防を含む | 　 |  | 居宅介護(予防)支援 |  | 通所リハビリ |  | 夜間対応型訪問介護 |  | 地域密着型通所介護 |
|  | 訪問介護 |  | 短期入所生活介護 |  | 認知症対応型通所介護 |  | 第一号訪問事業 |
|  | 訪問入浴介護 |  | 短期入所療養介護 |  | 小規模多機能型居宅介護 |  | 第一号通所事業 |
|  | 訪問看護 |  | 特定施設入所者生活介護 |  | 認知症対応型共同生活介護 |
|  | 訪問リハビリ |  | 介護老人福祉施設 |  | 看護小規模多機能型居宅介護 |
|  | 居宅療養管理指導 |  | 介護老人保健施設 |  | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
|  | 通所介護 |  | 介護療養型医療施設 |  | 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 |
| ２対象者 | 氏名 |  | 年齢 | 　　　　　　歳　 | 性別 | 男・女 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒 | 要介護度 |  |
| ３事故の概要 | 発生日時 | 　　　　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　時　　　　分頃 |
| 発生場所 | 　 |
| 事故の種別（複数の場合は、当てはまるもの全てにチェックし、最も重いものに○を付ける。） | 　 |
| 　 | 　 | 骨折 | 　 | やけど | 　 | 職員の法令違反・不祥事 | 　 | 失踪 |
| 　 | 感染症・結核 | 　 | 誤えん・異食 | 　 | 脱臼・捻挫・打撲 | 　 | その他 |
|  | 切傷・擦過傷 |  | 食中毒 |  | 疥癬 |  | （　　　　　　　　　） |
| 　 | その他の外傷 | 　 |  |  |
|  | 死亡に至った場合はその死亡年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 事故の内容（状況等、なるべく具体的に） |  |
| ４事故発生時の対応 | 対処の仕方 |  |
| 治療した医療機関名 |  | 所在地・電話番号 | 〒　　　　　　　　　　　　　―　　　　― |
| 治療の概要 |  |
| 家族等への連絡状況 |  |

※記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

様式第２号（第６条関係）

（宛先）伊勢崎市長

**介護（予防）サービス事業者等事故（完了）報告書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　１報告者の概要 | 法人名 |  | 事業者番号　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所（施設）名 |  | 電話番号 | ―　　　―　　 |
| 所在地 | 〒 | ＦＡＸ番号 | ―　　　―　　 |
| 記載者（職・氏名） |  |
| サービス種類（事故の発生したサービス）※介護・予防を含む | 　 |  | 居宅介護(予防)支援 |  | 通所リハビリ |  | 夜間対応型訪問介護 |  | 地域密着型通所介護 |
|  | 訪問介護 |  | 短期入所生活介護 |  | 認知症対応型通所介護 |  | 第一号訪問事業 |
|  | 訪問入浴介護 |  | 短期入所療養介護 |  | 小規模多機能型居宅介護 |  | 第一号通所事業 |
|  | 訪問看護 |  | 特定施設入所者生活介護 |  | 認知症対応型共同生活介護 |
|  | 訪問リハビリ |  | 介護老人福祉施設 |  | 看護小規模多機能型居宅介護 |
|  | 居宅療養管理指導 |  | 介護老人保健施設 |  | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
|  | 通所介護 |  | 介護療養型医療施設 |  | 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 |
| ２対象者 | 氏名 |  | 年齢 | 　　　　　　歳　 | 性別 | 男・女 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒 | 要介護度 |  |
| ５事故発生後の対応 | 発生日時 | 　　　　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　時　　　　分頃 |
| 発生場所 | 　 |
| 第一報報告年月日 | 年　　　月　　　日（　　　）　　 |
| 利用者の経過及び状況 | （病状、入院の有無、その他の利用者の状況等） |
| 損害賠償等の状況 |  |
| 再発防止に向けての今後の取組 | （できるだけ具体的に） |

※記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

**介護(予防）サービス事業者事故報告書　記入のポイント**

|  |
| --- |
| 　　　事故が起こった場合には、様式第1号を速やかに提出してください。 |
| 　　　事故対応が終了し、利用者が退院し施設に戻るなど落ち着いてから事故後の対応などをまとめてから様式第2号を提出してください。 |

(様式1号)

|  |
| --- |
| **３**　**事故の概要**・事故の内容（状況等、なるべく具体的に）〔要旨〕　転倒による右大腿骨骨折など怪我の程度。〔状況〕　事故の内容について「どのような事故」により「どのような結果」になったか、発生時の事業所の状況。本人の状況。本人の証言や、目撃した人の証言などを踏まえて報告をお願いします。〔本人のＡＤＬ〕　普段の様子。当日の様子。〔事故の原因〕　推測される事故の原因など。※発生状況が不明なときは、異変が感じられた経緯、本人の発言の経過などを踏まえて報告願います。 |
| **４　事故発生時の対応**・対処の仕方　　　　　初期対応（バイタルチェック、応急処置、救命処置等）の詳細を記入。　　　　　医療機関や救急車への連絡記録など医療機関受診時までの対応の概要を記入。・治療の概要　　　　　医療機関受診時は、本人、家族や医師などから聞いた治療の概要を記入。・家族等への連絡状況　　　　　いつ、だれに、どのような連絡をしたかなどの状況や内容を記入。 |

（様式2号）

|  |
| --- |
| **５**　**事故発生後の対応**・利用者の経過及び状況〔治療経過〕　病状、入院や手術の有無、診察経過、リハビリ等の進行状況や本人の容体の変化、現在の状況などを記入。・損害賠償等の状況〔損害賠償の有無〕　損害賠償の有無、医療保険の適用などを記入。〔交渉経過〕　家族との話し合いの内容を記入（損害賠償や今後の対応について、家族の納得が得られているか）。・再発防止に向けての今後の取組〔今までの対応〕　施設や事業所における本人についてのアセスメント内容などを記入。〔検討内容〕　今までの対応の問題点や新たな対応策について検討した内容を記入。〔今後の方針〕　今後の方針、再発防止のための取組について具体的に記入。 |