

提出方法	市役所本 介護保険 事業者指 御持参く	留意事項 3 事故の概要「原因及び内容」、4 事故発生時の対応「対処内容」、6 事故の再発防止策「事故再発防止策の取組」については、下記の例を参考に、特に具体的に記入していただくようお願いします。	項
------	------------------------------	---	---

記入例

介護保険事業者事故(□発生・最終)報告書

2020年 6月 1日

福山市長様
(介護保険課)

「事業者名」は、法人名を記入する。

いずれか(又は両方)にをする。

事業者名 株式会社〇〇

事業所名 認知症対応型共同生活介護事業所△△

次により報告します。

1 事業者	報告者名(役職)	福山太郎 (管理者)	サービス種別	認知症対応型共同生活介護
	連絡先	電話番号 084-928-1232		
2 利用者	ふりがな	ふくやま はなこ	「通所介護」「小規模多機能型居宅介護」「介護老人福祉施設」等 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設入所者生活介護を除く)で発生した事故については、 「有料老人ホーム事故報告書」にて提出してください。	
	名前	前 福山 花子		
	住所	福山市東桜町3番5号		
	保険者名(福山市以外の場合)	()		
	被保険者番号	123456	要介護度	要介護(4) ・ 要支援()
3 事故の概要	発生日時	2020年 4月 5日 (日)	<input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後	8時 20分
	発見 (発生日時不明の場合)	日 ()	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分
	事故の (該当するもの) 例) 保険証に記載された番号:0000123456 記入:123456		<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 違反 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明	
	事故発生場所 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 長室・トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input checked="" type="checkbox"/> 脱衣室・浴室 <input type="checkbox"/> 居室・静養室 <input type="checkbox"/> 階段・廊下 <input type="checkbox"/> 屋外(敷地内) <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
原因及び内容	手引き歩行にて脱衣所から洗い場へ移動し、浴室内のイスに掛けてもらおうとしたところ、床が濡れていたため、滑って右半身を下に倒れ、転倒された。 普段はスタッフ二人で入浴介助を行っていたが、別の業務の対応に追われていたため、今回は一人で介助したところ、支えきれなかった。また、普段は浴室床が濡れていないよう拭かれていたが、今回は濡れたままだった。 ※発生時(発見時)の利用者の状況及び職員の対応、原因について 具体的に 記入する。			
4 事故発生時の対応	対処内容 (家族や警察への連絡、病院への搬送等)	すぐに他のスタッフを呼び、二人体制で脱衣所の長椅子に移動した。外傷は確認できなかったが、本人より「右足が痛い」との訴えがあったため、看護師が確認し、翌日病院を受診することとした。事故発生後すぐに、キーパーソンである長女様に、転倒の状況と病院を受診する事を報告した。 ※事故発生後の対応を 具体的に 記入する。		
	発生報告書を提出した日付を記入する。	名	××病院	
5 事故発生後の状況	事故発生報告書提出	・入院した場合は、入院日数を記入する。 ・発生報告書提出時、すでに退院が見込まれている場合は、再発防止策の取組等すべての欄を記入したうえで、 <input checked="" type="checkbox"/> 発生 <input checked="" type="checkbox"/> 最終報告書の同時提出が可能。その場合、退院後の最終報告書再提出は不要。 ・長期入院の場合は、速やかに発生報告書を提出し、退院(見込みでも可)後、最終報告書を提出すること。 ・通院により治療した場合は「外来」に <input checked="" type="checkbox"/> をする。		
	利用者の状況	治療期間等 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 入院(30 日) <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他()	
	家族への説明状況	損害賠償等の状況 (該当する方に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> 有→(対応内容を具体的に記入すること。) (施設加入の損害保険で対応した。) <input type="checkbox"/> 無	
6 事故の再発防止策	事故再発防止策の取組 (具体的に記入すること。)	二人体制での入浴介助ができるよう、他の業務と時間をずらす等調整する。 床の水の拭き取りを徹底する。 ※「見守りの強化」等ではなく、事業所内で検討した事故の再発防止策を 具体的に 記入する。		

※事故発生報告書(□発生)は、事故発生後、利用者の保護や家族への連絡などの初期対応の後、速やかに1~4欄を記入して提出してください。
 ※事故最終報告書(□最終)は、事故処理が終了した後、5・6欄を記入して内容を利用者又は家族に説明し確認してもらった上で提出してください。
 ※感染症、食中毒発生の際の報告書は、別様式となります。