|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **介護保険事業者等事故報告書** | 第１報　第（ |  | 報）　最終報告 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 福山市長　様 | 提出日： |  |
| （介護保険課） | 報告者名： |  |
|  | 電話番号： |  |
| 次により報告します。 | 第１報報告書提出日： |  |

**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（ |  | 日） | |
| 死亡（年月日： |  | ） | その他（ |  | | ） |

**２事業所の概要**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所・施設等名 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号※１ |  | | | | 法人名 | |  | | | | | |
| サービス種別 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | 福山市 |  | | 町 | |  | | 丁目 |  | 番地  番 |  | 号 |
| （方書） | |  | | | | | | | | | |

※１　特定施設でない有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム及び養護老人ホームは空欄でかまいません。

**３対象者**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | 男性　女性 | | | | | | | | 年齢 | | | |  | | |
| 被保険者番号※２ |  | | | | | | | | 生年月日 | | | | |  | | | |  | | | | | 年 | |  | | 月 | |  | | | 日 |
| 保険者※２ | 福山市　その他（自治体名： | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ） |
| サービス提供開始日 | 西暦 |  | | | | 年 | | | |  | | 月 | | |  | | 日 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 利用者の住所 | 事業所所在地と同じ　その他（下欄に住所を記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福山市 | |  | | | | 町 | | | |  | | | | | 丁目 | | | |  | | | | 番地  番 | | | |  | | | 号 | |
| （方書） | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援（ | | | |  | | | ）　要介護（ | | | | | | | | | | |  | | | ）　　自立 | | | | | | | | | | |
| 認知症高齢者  日常生活自立度※２ | Ⅰ　Ⅱａ　Ⅱｂ　Ⅲａ　Ⅲｂ　Ⅳ　Ｍ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※２　特定施設でない有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム及び養護老人ホームであって、各項目が不明な場合は、空欄でかまいません。保険者が福山市以外の場合は、当該保険者に対しても報告してください。

**４事故の概要**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 発生日時※３ | 西暦 | 年　　　　月　　　　日 | | |  | | 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（ | |  | | | | | | | ） |
| 事故の種別 | 転倒　 　転落　　 異食　　 誤嚥・窒息　 誤薬、与薬もれ等 | | | | | | | | | |
| 医療処置関連（チューブ抜去等） | | | 離設 | | 不明 | | | | |
| その他（ | |  | | | | | | | ） |
| 発生時状況、  事故内容の詳細 |  | | | | | | | | | |
| その他特記すべき事項 |  | | | | | | | | | |

※３　２４時間表記で記入してください。不明の場合は発見日時を記入してください。

**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 | 受傷、異常等なし 　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 |  | | | | | |
| 報告した家族等の続柄 | 配偶者　子、子の配偶者　その他（ | | | |  | ） |
| 家族等への報告年月日 | 西暦 |  | | | | |
| 連絡した関係機関※４ | 他の自治体（自治体名： | |  | | | ） |
| 警察（警察署名： | |  | | | ） |
| その他（名称： | |  | | | ） |
| 本人、家族、関係先への  追加対応予定 |  | | | | | |
| 損害賠償等の状況 | 無　調整中 | | | | | |
| 有（対応内容を具体的に記入： | | |  | | ） |

※４　連絡した場合のみ記入してください。

**７事故の原因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）**※５

|  |
| --- |
|  |

※５　できるだけ具体的に記入してください。

**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及び結果等）**※５

|  |
| --- |
|  |

※５　できるだけ具体的に記入してください。

**９その他特記すべき事項**

|  |
| --- |
|  |

■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。■最終報告は、事故処理が終了した後、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。■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。■提出方法は、持参、郵送又は電子申請のみです。■ＦＡＸ又は電子メールによる提出はできません。■電子申請については、本市ホームページから御確認ください。■感染症、食中毒発生の際の報告書は、別様式となります。

介-2024.4.1　A4