**介 護 保 険 事 故 報 告 書**

　　　　年　　月　　日

石巻市長　　　　　　　　　殿

所 在 地

事業者名

代表者名

下記のとおり事故が発生したので報告します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事 業 所 の 概 要 | 法　　人　　名 |  | (代表者名) |
| 事業所(施設)名 |  | (管理者名) |
| 事 業 所 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所　　在　　地 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 記　　載　　者 | 職　　名 |  | 氏　　名 |  |
| サービス種類 |  |
| 利　用　者 | 氏　　　　　名 |  | 生年月日 |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 要介護度 |  |
| 事 故 の 概 要 | 発　生　日　時 | 　　年　　月　　日（　）　午前・午後　　　時　　分頃 |
| 発　生　場　所 |  |
| 発　　見　　者 | 職　　名 |  | 氏　　名 |  |
| 事故の種別（複数の場合は、最も症状の重いもの１ヶ所にチェック） | □骨折　　　　　□打撲・捻挫・脱臼　　□切傷・擦過傷　　□その他の外傷□異食・誤嚥　　□食中毒　　　　　　　□感染症□職員の法令違反、不祥事□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |  | 死亡に至った場合は、その死亡年月日 | 　　年　　月　　日（　） |
| 事故の内容 | ※　発生（発見）場所、その時の状況、利用者の状態などを具体的に記載すること |
|  |
| 事故の原因 | ※　事故に直接的に結び付いたと考えられる要因 |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事故発生時の対応 | 対処の内容 | ※　事故発生時の対応を経時的に記載すること |
|  |
| 受診医療機関 | 医療機関等の名称：受診日：　　　　年　　月　　日（　） |
| 診断結果及び治療の概要 |  |
| 家族への連絡及び説明状況 |  |
| 連絡済関係機関 | □石巻市介護保険課　　□宮城県東部保健福祉事務所□利用者を担当する居宅介護支援事業所（地域包括支援センター） |
| 事故発生後の状況 | 利用者の状況 | ※　事故後の病状、入院の有無、その他利用者の状況等を具体的に記載すること（注） |
|  |
| 損害賠償等の状況 | □事業所負担（保険を利用した場合を含む）　　□利用者負担　　□負担が生じる状況はなし□検討・交渉中（結果が分かり次第、再度報告してください） |
| 再発防止に向けての今後の取組・改善策 | ※　できるだけ具体的に記載すること【～を検討中・見守りの強化・職員への周知　などの漠然とした表現は不可】 |
|  |

注１）記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、添付してください。

注２）事故対象者の介護記録（事故前後２日間程度）を添付してください。