様式第１号（第５条関係）

　　　　年　　月　　日

瀬戸内市長　様

**介護保険事業者・事故報告書（第１報）**

第１報（発生後３日以内）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | サービス種類 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 報告者 | 職名　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　） |
| 被保険者番号 |  | 氏名 | （男・女） |
| 生年月日 | 　　年　月　日（　　歳） | 要介護度 | 支援（１・２）介護（１・２・３・４・５） |
| 発生日時 | 　　　年　　月　　日（　）　午前・午後　　　時　　分頃　　発生・発見 |
| 発生場所 | 居室　食堂　訓練室/リハビリ室　廊下/ホール　トイレ　浴室/脱衣所/洗面所　屋外　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　） |
| 事故時の状況 | 移動中　移乗　立ち上がり　座位　臥床　食事中　その他（　　　　　　　） |
| 種別 | 転倒　転落　接触　誤/異食　薬の誤与薬　食中毒　失踪事故　交通事故　不祥事　　　　　　　　　　感染症等（　　　　　　　）　　その他（　　　　　　　） |
| 事故結果 | １回受診　　通院　　入院　　死亡 |
| 骨折　打撲/捻挫　切傷　出血　火傷　感染症　肺炎/窒息　様子観察　その他（　　　　　　　） |
| 自立度 | 自立　J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 | 認知症度 | 自立　Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M |
| 事故の概要（経緯や対応、介護者の有無、関係機関への連絡状況等を時系列で記入すること） | 報告先 | 報告・説明日時 |
| 看護師 | ／　　　　： |
| 医師 | ／　　　　： |
| 管理者 | ／　　　　： |
| 家族：（　　　）続柄：（　　　） | ／　　　　： |
| 担当ケアマネ | ／　　　　： |
|  | ／　　　　： |
| 保険者 | ／　　　　： |
|  |

※介護サービス提供中に事故が発生した場合に、この報告書を提出してください。

様式第２号（第６条、第７条及び第９条関係）

　　　　　年　　月　　日

□報告完了

瀬戸内市長　様

**介護保険事業者・事故報告書（第２報以降）**

第２報（第１報後、おおむね１か月以内）　　　　　　　　　　　第１報報告日：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | サービス種類 |  |
| 名称 |  |
| 報告者 | 職名　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　） |
| 被保険者番号 |  | 氏名 | （男・女） |
| 生年月日 | 　　年　月　日（　　歳） | 要介護度 | 支援（１・２）介護（１・２・３・４・５） |
| 発生日時 | 　　　　年　　月　　日（　）　　午前・午後　　　時　　分頃　　発生・発見 |
| 第１報後の対応の概要等損害賠償：　有（完結・継続）　　無　　　未交渉 |
| 事故の原因 |
| 再発防止に関する今後の対応・方針（法人又は事業所内で協議した内容）再発防止協議日：　　　　年　　月　　日参加職種： |

※第２報提出時に事故が完結していない場合は、その時点での進捗状況や完結の見込みなどを今後の対応・方針欄に記載してください。なお、この様式で記入しきれない場合は別紙に記入してください。