

介護保険事業者・事故報告書

□報告完了

|                  |                 |  |      |        |  |    |
|------------------|-----------------|--|------|--------|--|----|
| 事業所の概要           | 事業所(施設)名        |  |      |        |  |    |
|                  | 事業所番号           | 3 3  |      |        |  |    |
|                  | 所在地             | 電話番号 ( )   |      |        |  |    |
|                  | サービスの種類         | <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護<br><input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設<br><input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護<br><input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護<br><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> その他( ) |      |        |  |    |
|                  | 報告者             | (職名)   | (氏名) |        |  |    |
| 対象者              | フリガナ            |  |      | 被保険者番号 |  |    |
|                  | 氏名              |  |      | 要介護度   | 要支援 1 2    要介護 1 2 3 4 5   |    |
|                  | 生年月日・性別         | 明・大・昭 年 月 日( 歳) 男・女  |      | 要介護度   | 要支援 1 2    要介護 1 2 3 4 5   |    |
|                  | 寝たきり度           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J( ) <input type="checkbox"/> A( ) <input type="checkbox"/> B( ) <input type="checkbox"/> C( ) <input type="checkbox"/> 認知症生活自立度  |      | 要介護度   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II( ) <input type="checkbox"/> III( ) <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M |    |
| 事故の概要            | 発生日時            | 年 月 日 午前・午後 時 分 頃 発生・発見  |      |        |  |    |
|                  | 発生場所            | <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 風呂/脱衣所 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他( )   |      |        |  |    |
|                  | 直前の状況           | <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> 移乗 <input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> その他( )   |      |        |  |    |
|                  | 事故結果・種別         | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 死亡  |      |        |  |    |
|                  |                 | <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲/捻挫 <input type="checkbox"/> 切傷/擦過傷 <input type="checkbox"/> その他( )   |      |        |  |    |
|                  | 事故発生時の状況、経緯、対応等 | 死亡の場合、死亡日: 年 月 日 原因:   |      |        | 報告   |    |
|                  |                 |  |      |        | 誰が   | 誰に |
| 事故の原因            |                 |  |      |        |  |    |
|                  |                 |  |      |        |  |    |
| 発生時の対応           | 受診日 又は 往診日 医療機関 | 受診日時: 月 日 時 分 医療機関名:   |      |        |  |    |
|                  | 治療の概要           |  |      |        |  |    |
| 発生後の状況           | 利用者の状況          |  |      |        |  |    |
|                  | 最終診察・診断結果       |  |      |        |  |    |
|                  | 損害賠償等の状況        | <input type="checkbox"/> 事業所負担(保険を利用した場合を含む) <input type="checkbox"/> 利用者負担<br><input type="checkbox"/> 負担が生じる状況はなし <input type="checkbox"/> 検討・交渉中 (結果が分かり次第再度報告してください)   |      |        |  |    |
| 再発防止に関する今後の対応・方針 |                 |  |      |        |  |    |

\*

\*

1 サービス提供中、又は宿泊サービス提供中に事故が発生した場合に、この報告書を津山市に提出してください。  
2 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・方針欄に記入してください。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。

## 事故報告について

津山市の介護保険被保険者を対象として介護サービスを提供中、又は宿泊サービスを提供中に事故が発生した場合には、次の要領に従い、この報告書を提出してください。ただし、事業者が指定地域密着型サービス事業者である場合は、津山市以外の被保険者に発生した事故についても報告してください。

- 1 事業者が津山市に報告しなければならない事故は、次のとおりです。
  - (1) サービス提供中、又は宿泊サービス提供中に利用者が死亡、負傷又は失踪した場合
    - ア 「サービス提供中」とは、送迎中も含め、サービスを提供している時間帯のすべてを含みます。短期入所サービス、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護及び介護保険施設サービスにおいては、入所から退所までを「サービス提供中」とします。
    - イ 「死亡」とは、サービス提供中に発生した、事故による死亡のことをいいます。
    - ウ 「負傷」とは、通院・入院を問わず医師の保険診療を要した場合は。
    - エ 「失踪」とは、サービス提供中に、利用者の所在が1時間以上不明となった場合とします。
  - (2) 感染の防止の観点から対策が必要な疾患が発生したと疑われる場合
  - (3) 緊急に医師の保険診療を要した場合
  - (4) 従業員の法律違反・不祥事等利用者の処遇に影響がある場合
  - (5) 本人又は家族等からの苦情の申出など、事業者において報告が必要と認める場合
  - (6) 火災、震災、風水害等の災害により介護サービスの提供に影響する重大な事故が発生した場合
  - (7) その他津山市が報告を求めた場合
- 2 事故が発生した場合は、事故発生日から1週間以内に、第1報として発生時の対応までを記入し提出してください。(その際には写しを取り、第2報に使用してください。)
- 3 第1報後概ね2週間以内に、第2報として、第1報の記入内容に加え、第1報後の対応・経過、事故の原因及び再発防止に関する今後の対応・方針等のすべてを記入し提出してください。
- 4 第1報の時点で事故が完結している場合は、第1報にすべてを記入し提出することにより第2報を省略することができます。
- 5 第2報の時点で、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・方針欄に記載し提出してください。なお、事故が完結するまでの間は必要に応じて報告するとともに、完結後において最終報告してください。
- 6 その他必要な書類の提出をお願いすることがあります。
- 7 次の場合には、事業者名及び事故内容について公表することがあります。
  - (1) 事業者が事故発生を隠していた場合
  - (2) 事業者が事故の再発防止策に取り組まない場合
  - (3) その他利用者保護のため、津山市が必要と認めた場合
- 8 事故報告書等は、持参又は郵送により下記まで提出してください。

〒708-8501 津山市山北520番地