

事故報告書について

〈事故発生時の報告〉 * 提出は原則電子メールでお願いします。

- ① 事業者は、応急措置後、速やかに、事故報告書（第1報）（様式1）を当該保険者へ提出して下さい。
- ② 事業者は、第1報を送付後、状況の変化等必要に応じて、事故報告書（第 報）（様式1）を当該保険者へ提出して下さい。
- ③ 事業者は、その後の事故に対する対応状況、経過等について、1か月程度を目途に顛末を事故報告書（最終報告）（様式1）により、当該保険者へ提出して下さい。

事故が原因で入院し、施設退所（退居）したときは、把握している範囲で報告書を作成し、提出してください。

〈報告を行わなければならない場合〉

- ① その事故が、自己（自傷行為など）又は他者（職員の処遇上の過失や他の入所者の暴力など）によるものもしくはその原因が不明であるもので、事業所（施設）の内外で発生した骨折、創傷などのサービス利用者の負傷又は死亡事故。
ただし、この場合の「負傷」については、医療機関で受診し治療を受けたものに限る。
また「死亡事故」については、「老衰による死亡」、「病気による死亡」など明らかに「事故死」とは認められないものは除く。
- ② 自然災害（風水害、地震等）、火災、交通事故等により、サービス利用者の生命に重大な状況が発生した場合、又は発生の恐れがある場合。
- ③ サービス利用者が行方不明になった場合。
- ④ 職員の不祥事が発生した場合。
- ⑤ 食中毒及び感染症など法令等により保健所等への通報が義務付けられている場合は、関係法令により対応を行うとともに、事故報告様式を準用し、保険者へも報告する

※詳細については、各町へお問い合わせください。

※様式1については県長寿介護課のホームページよりダウンロードできます。

事 故 報 告 書

※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すること
 ※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すること

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第__報	<input type="checkbox"/> 最終報告
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

提出日：西暦 年 月 日

1事故 状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・住診)、 自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日				
2 事業 所の 概	法人名											
	事業所(施設)名								事業所番号			
	サービス種別								管理者名			
	所在地								電話番号			
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢				性別：	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者			
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()										
	身体状況	要介護度		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 自立								
	認知症高齢者 日常生活自立度		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I II a II b III a III b IV M									
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃 (24時間表記)
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)										
	発生時状況、事故内容 の詳細											
	その他 特記すべき事項											

5 事故発生時の対応	発生時の対応									
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師 (配置医含む)が対応		<input type="checkbox"/> 受診 (外来・往診)		<input type="checkbox"/> 救急搬送		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位:) <input type="checkbox"/> 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									
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者		<input type="checkbox"/> その他 ()			
		報告年月日	西暦		年		月		日	
	連絡した関係機関(連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 自治体名 ()		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 ()		<input type="checkbox"/> その他 名称 ()				
本人、家族、関係先等への追加対応予定										
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること)									
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および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)									
9 その他 特記すべき事項										