**事故の発生の連絡について**

盛岡市長　　様

　事故の発生がありましたので、別添の「事故報告書」により連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 報告年月日 | 　平成　　年　　月　　日（　　） |
| 法人名 |  |
| サービス種類 | □介護保険サービス　　　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　）□介護保険対象外サービス　　　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護保険事業者番号 |  |
| 施設名称 |  |
| 施設所在地 | 　〒（電話番号　　　　　　　　　　　　）（ＦＡＸ番号　　　　　　　　　　　） |
| 管理者職名 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 担当者職名 |  |
| 担当者氏名 |  |

[注] 担当者職名・氏名の欄には、このことで盛岡市から問い合わせる必要があった場合に対応される方について記入して下さい。

**事　故　報　告　書**

対象者(利用者)の概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 性　別 | □男 □女 | 年　齢 | 歳 |
| 住　所 | (電話番号　　　　　　　　　　　　　) |
| 家族等の連絡先 | (電話番号　　　　　　　　　　　　　) |
| 保険者 |  | 被保険者番号 |  |
| 要介護度 |  |
| 障害高齢者の日常生活自立度　　　　　　＊記載は任意 | □自立　 □Ｊ１　 □Ｊ２□Ａ１　 □Ａ２　 □Ｂ１　 □Ｂ２　 □Ｃ１　 □Ｃ２ |
| 認知症高齢者の日常生活自立度　　　　　　　＊記載は任意 | □自立　□Ⅰ　□Ⅱａ　□Ⅱｂ　□Ⅲa　□Ⅲｂ　□Ⅳ　□Ｍ |
| 特記事項 |  |
|  |
|  |

事故の概要及び発生時の対応

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発生年月日 | 平成　 年　 月　 日（ 　） | 発生時刻 | □午前　 □午後　　時　　分ころ |
| 発生場所 | □施設（　　　棟　　　階）　　□居室　□廊下　□トイレ　□浴室/更衣室　□食堂　□ホール　□屋外　□その他（具体的　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□自宅（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他(具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 事故区分 | □転倒　□転落　□衝突　□誤嚥/誤飲　□異食　□誤薬　□暴行　□自虐行為□器物損壊　□離棟・施設外徘徊　□紛失/盗難　□車両事故　□感染症(具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)□その他(具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| けが等の状態 | □死亡　□打撲　□捻挫　□骨折　□裂傷　□火傷　□擦過傷　□精神的被害□その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| けが等の部位 | □頭部(　　　　 )　□顔面(　　　　 )　□頚部　□肩部　□腕　□手/手首□胸部　□腹部　□背部　□腰部　□脚/足　□その他（　　　　　　　　　） |
| 介助中事故 | □はい　　□いいえ　　 | 第1発見者氏名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 損害の程度 | □レベルⅠ　異常なし□レベルⅡ　バイタルサインの変化・観察強化□レベルⅢ　治療が必要な軽度の障害□レベルⅣ　入院加療が必要な障害□レベルⅤ　後遺障害が残る障害・死亡 | □精神的苦痛を受けた□器械・物品の破損□その他（　　　　　　 ） |
| 受診した医療機関・日時・診断等 |  |
|  |
|  |
| 医療機関への対象者の緊急時連絡票等の提示の有無 | □提示した　　□提示しなかった |
| (提示しなかった理由) |
|  |
|  |
| 事故の概要及び対処の状況 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 家族への報告（日時・続柄等） |  |
|  |
|  |
| 連絡した関係機関・日時等 |  |
|  |
|  |

事故後の対応・再発防止策

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者の現在の状況・見通し（病状・入院の有無等） |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 事故原因・原因の分析 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 今後の予防対策 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 職場の長の意見 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |