介護サービス等の提供に係る事故報告書・第２報

令和　　年　　月　　日

諏訪広域連合　広域連合長　様

指定事業者　番号

所在地

名称

サービス種類

管理者の職・氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 番号 | |  | | | | 生年月日・年齢 | | | 年　　月　　日（　　歳） | |
| 氏名 | |  | | | | 要介護度 | | | 事／支１・２／介１・２・３・４・５ | |
| 住所 | | 〒  電話 | | | | | | | | |
| 事故発生 | 日時 | | 令和　　年　　月　　日（　　）　　午前・午後　　　時　　分頃 | | | | | | | | |
| 事故後の  対応 | 利用者の状況 | | | | （病状、入院・手術の有無、術後の経過等） | | | | | | |
| 関係者への説明等  必要に応じ、詳細は経過記録等に記載して提出してください | | | | 報告・説明先 | | | | 報告・説明日時 | | |
| 管理者 | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 医師 | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 居宅介護支援事業者 | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 本人への説明 | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 家族への説明 | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 警察への通報 | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 保険会社への連絡 | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
|  | | | | 月　　日　　　：　　頃 | | |
| 第１報の報告日 | | | | 月　　日 | | |
| 家族への説明等 | | | | （説明日時、内容、家族の対応等の概要） | | | | | | |
| 損害賠償等の状況 | | | | 保険加入の有無 | | | □有　　□無 | | | |
| 賠償の有無 | | | □有（□完結　□継続　□交渉無）　　□無 | | | |
| 内容 |  | | | | | |
| 再発防止に向けて  の対応 | 事故原因・分析 | | | |  | | | | | | |
| 今後の予防改善策 | | | |  | | | | | | |
| 職場の長の意見 | | | |  | | | | | | |
| 備考（今後の見込） | | | |  | | | | | | |
| 報告書作成者 | | 職・氏名 | |  | | | | | | 電話 |  |

1　記入欄が不足するときは必要に応じて別紙に記載し、事故発生場所が特定できる図面、事故当日の職員勤務割表、事故対象者の介護記録の写し及び広域連合から求められた資料を添付してください。

2　事故発生から**1ヶ月以内**に事業所の所在市町村介護保険担当課へ提出してください（市町村から広域連合に回付されます。）

なお、保険者が広域連合以外の利用者に係る事故については、所在市町村に加えて当該利用者の保険者へも報告する。

3　この報告書提出時に事故が完結していない場合は、「備考（今後の見込）」欄に現在の進捗状況及び事故完結見込み等も合せて記載してください。