介護サービス等の提供に係る事故報告書（短期間で完結した場合）

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 | | | | | | | | | |
| 家族等の連絡先 | 氏名 | | | |  | | | | 被保険者との関係 | | | |  | |
| 住所 | | | | 〒  電話 | | | | | | | | | |
| 事故発生  日時等 | 日時 | | | | 令和　　年　　月　　日（　　）　　午前・午後　　　時　　分頃 | | | | | | | | | |
| 場所 | | | |  | | | | | | | | | |
| 事故の  種別 |  | 受診（異状なし）  打撲・捻挫・脱臼  切傷・裂傷・擦過傷 | | | | | | 異食・誤嚥  その他の外傷  感染症・食中毒等 | | | 離設（公的機関に捜索依頼したもの）  その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
|  | | | （種別が複数の場合は、最も症状の重いもの） | | | | | | | | | | |
| 事故の  概要 | （発生時の具体的概要） | | | | | | | | | | | | | |
| 事故発生  時の対応 | 対処の時間・内容 | | | | | | （利用者へ行った処置、救急車の要請、管理者や医師への報告等） | | | | | | | |
| 治療した医療機関 | | | | | | （医療機関名、住所、電話、担当医師名等） | | | | | | | |
| 治療の概要 | | | | | |  | | | | | | | |
| 家族への連絡等 | | | | | | （連絡日時、連絡内容、家族の対応等） | | | | | | | |
| 連絡済の関係機関 | | | | | | （連絡した機関、連絡日時等） | | | | | | | |
| 事故発生  後の経過 | （事故完結までの経過、利用者の状況等） | | | | | | | | | | | | | |
| 事故後の  対応 | 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　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 | | | | | |  | | | | | | | |
| 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、必要資料（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）を添付してください。

2　本様式は、事故発生後**7日以内に完結**（ここでいう完結とは、事業者の判断をもって、当事者間で話し合いをして解決した場合であり、具体的にはこの事故連絡票表面下段の「賠償の有無」欄において、有の場合で「完結」又は「無」となった日をいう。）した場合のみに使用し、必要資料を添付して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。（提出先の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。