様式第３号（第１６条関係）

（表）

**事　故　報　告　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（宛先）箕　面　市　長

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 報告者 | 職 |  |
| 代表者名 |  | 氏　名 |  |
| 所 在 地 |  | 事業所  （施設） | 名称 |  |
| 電話番号 |  | 所在地 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス  の種別 | 介護保険サービス　 障害福祉サービス  児童福祉サービス　 その他の保健福祉サービス | | | | | | サービス  の名称 | | |  | |
| サービス  の利用者  本人 |  |  | | 性別 | | 男・女 | 生年月日 | | | 年 　月 　日 | |
| 住　 　所 | 事業所所在地と同じ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | 介護保険者 | | | 箕面市　　その他（　　　　　　） | | | |
| 認知症高齢者  日常生活自立度 | --選択-- | 要介護度 | | --選択-- | | | | 障害支援区分 | | --選択-- |
| 各種手帳 | 身体障害者手帳（ １級 　 ２級 　 ３級 　 ４級 　５級 　６級 ）  療育手帳 （　Ａ　　　Ｂ１　　Ｂ２　）  精神障害者保健福祉手帳（　１級　　２級　　３級　） | | | | | | | | | |
| 心身の状態  歩行状態、  認知症の  程度、そ  の他の心  身状況な  ど |  | | | | | | | | | |
| その他の  必要事項 |  | | | | | | | | | |
| 事故の  概要 | 発生日時 | 年　　　月　　　日（　　　曜日）　　　　　　　時　　分ごろ | | | | | | | | | |
| 発生場所 |  | | | | | | | | | |
| 事故の種別 | 利用者の自殺及び死因等に疑義の生ずる可能性がある死亡  利用者の縫合を要する外傷及び骨折並びにこれらと同程度以上のけが  利用者の行方不明　　利用者の誤嚥・異食　　利用者の窒息  利用者の誤薬・与薬漏れ等  サービス提供事業者の職員による利用者の処遇に影響を及ぼす法令違反行為  サービス提供事業者の職員が利用者に対し与えた損害賠償を要する器物の損  　壊等  サービス提供事業者の職員による利用者の尊厳を侵すような言動  その他、サービスを所管する国の機関が報告の対象と定めるもの又はサービ  ス提供事業者が報告の必要があると判断したもの | | | | | | | | | |

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事  故  の  概  要 | 事故の  発生経過 | 【事故発生時（発見時）の状況や経緯・事故の発生原因など】 | | | | | | | |
| 身体拘束  の有無 | 有 | 【身体拘束有りの場合は、その内容と理由】 | | | | | | |
| 無 |
| 事  故  時  の  対  応 | 対 処 の  方 法 |  | | | | | | | |
| 治療した  医療機関 | 受診日時 | | | 年　　　月　　　日（　　曜日）　　　　　時　　　分ごろ | | | | |
| 医療機関名 | | |  | | | | |
| 所　在　地 | | | 箕面市内　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 治療の内容 | | |  | | | | |
| 事  故  後  の  対  応 | サービス  利用者本人  の状態  又は破  損箇所  の状態 | 【状態・病状・入院等の有無など】 | | | | | | | |
| サービス  利用者本人  又は家族  への報告  ・説明 | 報告日時 | | 年　　　月　　　日（　　　曜日）　　　　時　　　分ごろ | | | | | |
| 報告の相手 | | 名宛人の氏名 | | |  | 利用者との続柄 |  |
| 関係機関・  関係者への  連絡等 | |  | | | | | |
| 事業者の費用負担の  有無 | | | 有 | | 【受診・治療費用の負担、慰謝料その他の費用負担等】 | | | |
| 無 | |
| 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） | | | | | |
|  | | | | | |
| 再発防止策  （手順変更、環境変更、その他対応、再発防止策の評価時期及び結果等） | | | | （できるだけ具体的に記載すること） | | | | | |
|  | | | | | |
| その他  特記すべき事項 | | | |  | | | | | |