

うるま市介護保険事業者事故報告書の様式変更について

令和3年3月19日付の介護保険最新情報Vol.943にて通知がされました、「介護保険施設等における事故の報告の様式等について」に基づき、「うるま市介護保険事業者事故報告書」の様式を別紙のとおり変更いたします。なお、今般の事故報告に関する変更点については、当該様式変更および下記の内容のみとなっており、第一報の報告方法や、報告期限等その他内容について変更はありません。

【変更時期について】

令和4年4月1日から当該様式を使用してください。

※しかし、令和4年4月中の事故報告につきましては、猶予期間として旧様式での提出も受付いたします。

【押印の廃止について】

現状使用していただいている様式では、印欄が設けられておりますが、新様式（別紙）では、印欄が設けていないため押印をしていただく必要はありません。

事故報告書の新様式（別紙）につきましては、下記のうるま市ホームページに様式を掲載いたしますので、令和4年4月1日以降にご確認ください。

介護保険事業所における事故報告の取扱いについて

- ・ <https://www.city.uruma.lg.jp/kurashi/121/1676/1931>

うるま市介護保険事業者事故報告書

※事故発生日から3日以内に第1報を報告し、14日以内に事故報告書を提出すること。事故報告書の提出が遅れた場合は、「遅延理由書」を添付のうえ提出すること。
 ※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
 ※事故が長期化する場合には、適宜、うるま市に途中経過を報告するとともに、事故が終了した時点で最終の事故報告書を提出すること。

うるま市長 殿

提出日：令和 年 月 日

1事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、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事業所の概要	法人名							事業所電話番号					
	事業所(施設)名							事業所番号					
	サービス種別							報告者名					
	所在地												
3対象者	氏名・被保者・年齢・性別	氏名					被保険者番号			年齢		性別	
	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"/> 事業対象 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立										
		認知症高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
	障害高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2											
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 ()											
		事故の種類	<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(チューブ抜き等)										
		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(☑️)・看護師(☑️)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							入院の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	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													

表

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 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 自治体名 () 警察署名 () 名称 ()									
本人、家族、関係先等への追加対応予定							損害賠償金および医療費の支払状況				
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											

	課長	係長	係員	適正化担当職員
決裁				

裏