別紙２（５関係）　※ 提出先：東青地域県民局地域健康福祉部福祉総室監査指導課

**社会福祉施設等事故・不祥事案報告書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名称及び代表者等氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）　　　　　　　　　　　　印

当施設において、次のような事故・不祥事案が発生したので報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **１ 事業所** | 施設名及び所在地 | 施設名所在地電話番号 |
| 施設種別 |  |
| 施設長氏名 |  |
| **２ 事故・不祥事案対象者**（利用者又は入所者） | 氏名等 | 氏名　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　）　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳）住所電話番号 |
| 家族等の状況 |  |
| **３ 事故・不祥事案の概要** | ①発生日時 | 平成　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）　　　　　　　　　　時　　　　分 |
| ②発生場所 |  |
| ③種別（該当するものに○をする） | 利用者の死亡、 利用者の負傷、 職員の法令違反、 不祥事案その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ④内容（経緯、発生状況、事故・不祥事案対象者の状況、原因等を記載） |  |
| **４ 事故・不祥事案時の対応** | 発生時の対応（応急処置、家族等への連絡状況、医療機関への搬送状況等を記載） | 家族への連絡（有・無）　　　　　利用決定機関への報告（有・無）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **５ 事故・不祥事案後の対応** | ①搬送後又は治療後の利用者の状況（病状、入院の有無等） |  |
| ②家族への対応（報告・説明） |  |
| ③損害賠償等の状況（損害保険利用の有無） |  |
| **６　再発防止策** |  |

※　事故・不祥事案について、詳細な記録（介護、看護記録等）や図がある場合は、併せて添付してください。

※　記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張するか、別に記載して下さい。