

介護保険事業者 事故等報告書（事業者→市町）

平成 年 月 日

1 事業所の概要	法人名												
	事業所（施設）名												
	事業所番号												
	所在地	電話番号											
		FAX番号											
記載者職氏名													
サービス種類 （事故が発生したサービス）	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	
	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> 介護予防支援	<input type="checkbox"/> その他	
※予防サービスを含む													
2 対象者	氏名・年齢・性別					年齢：			性別：				
	被保険者番号							サービス提供日	年 月 日				
	住所												
3 事故の概要	発生時等	年 月 日 時 分 【 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 入浴中 <input type="checkbox"/> 送迎中 <input type="checkbox"/> その他（ ） 】											
	発生場所												
	事故の種類 （複数の場合は最も症状の重いもの）	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> やけど	<input type="checkbox"/> 感染症等	<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼	<input type="checkbox"/> その他の外傷	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷	<input type="checkbox"/> 食中毒	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 異食・誤えん		
	死亡に至った場合はその死亡年月日： 平成 年 月 日												
事故の内容	（感染症等の場合は、疾患名、最初に患者が発生した日、利用者・従業員の発生者数、主な症状）												
4 事故発生時の対応	対処の仕方	（時刻等もできるだけ詳しく記入すること）											
	治療した医療機関	（医療機関名、住所、電話番号等）											
	治療の概要												
	連絡済の関係機関	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 保健所	<input type="checkbox"/> その他（ ）								
5 事故発生後の対応	利用者の状況	（病状、入院の有無、その他の利用者の状況。感染症等による患者の集団発生の場合は患者数の推移） （感染症等の場合は、患者が利用している他のサービス、担当居宅介護支援事業所も記入すること）											
	家族への報告、説明内容	（連絡日時等もできるだけ詳しく記入すること）											
	経過	<input type="checkbox"/> 解決又は終結している。 <input type="checkbox"/> 継続している。（内容 ）											
	損害賠償等の状況												
6 再発防止に向けての今後の取り組み	（できるだけ具体的に記載すること）												

注）記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。