

介護保険事業者 事故等報告書（事業者→市町）

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) ※予防サービスを含む	<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 <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															
2 対象者	氏名・年齢・性別	年齢： 性別： 要支援・要介護度：														
	被保険者番号												利用開始日	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															
	事故の種別 (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														
	事故の内容	死亡に至った場合はその死亡年月日： 平成 年 月 日 (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・従業者の発生者数、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															
	連絡済みの関係機関	<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															
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。