介護保険事業者事故報告書(事業者→市町村)

　田村市提出用　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　事業所 | 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) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | 介護給付 | | | | |  | 予防給付 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | 居宅介護支援 | | | | |  | 訪問介護 | | | | |  | 訪問入浴介護 | | | |  | 訪問看護 |
|  | | 訪問リハビリ | | | | |  | 居宅療養管理指導 | | | | |  | 通所介護 | | | |  | 通所リハビリ |
|  | | 短期入所生活介護 | | | | |  | 短期入所療養介護 | | | | |  | 特定施設入居者生活介護 | | | |  | 福祉用具貸与 |
|  | | 特定福祉用具販売 | | | | |  | 介護老人福祉施設 | | | | |  | 介護老人保健施設 | | | |  | 介護療養型医療施設 |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | 介護予防支援 | | | | |  | 小規模多機能型居宅介護 | | | | |  | 夜間対応型訪問介護 | | | |  | 認知症対応型通所介護 |
|  | | 認知症対応型共同生活介護 | | | | |  | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | |  | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | |  | その他 |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２利用者 | 氏名・年齢・性別 | 年　　　月　　　日生　　　歳　　　性別： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号等 |  | | |  | |  |  |  | | | |  |  |  |  | | |  | 要介護度 |  | | |
| 住所・電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 |  | | |
| ３　事故の概要 | 発生・発見日時 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発生・発見場所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故の種別  (複数の場合は、もっとも症状の重いもの1カ所にチェック) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | 骨折 | | | | |  | やけど | | | | |  | 感染症・結核 | | | | | |
|  | | 打撲・捻挫・脱臼 | | | | |  | その他の外傷 | | | | |  | 職員の法令違反、不祥事 | | | | | |
|  | | 切傷・擦過傷 | | | | |  | 食中毒 | | | | |  | その他(　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | |
|  | | 異食・誤えん | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | 死亡に至った場合はその死亡年月日：　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 事故の内容 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ４事故発生時の対応 | 対処の仕方 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療した医療機関 | (医療機関名、住所、電話番号等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡済の関係機関 | 家族への連絡　　　　　　　　　　　　　保健所　　　　　　　　　　　警察署 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ５事故発生後の状況 | 利用者の状況 | (病状、入院の有無、その他の利用者の状況及び、家族への報告、説明の内容) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 損害賠償等の状況 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6　事故の原因分析及び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。