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。