

介護保険指定事業者等事故報告書

平成 年 月 日

1 事業所の概要	法人名														
	事業所番号												代表者名		
	事業所(施設)名												管理者名		
	所在地														
	電話番号(内線)												FAX番号		
	記載者氏名												部署・職名		
	サービスの種類 (該当するものに○)		<input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <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"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<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 <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・販売 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <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 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 第1号通所介護事業 <input type="checkbox"/> 第1号訪問介護事業 <input type="checkbox"/> その他 ()										
2 対象者 (利用者)	氏名											被保険者番号			
	住所											年齢	介護度		
3 事故の概要	①日時	平成 年 月 日 (時 分 発生, 発見)													
	②場所														
	③事故の種類 (該当するものに○)	<input type="checkbox"/> 利用者の死亡 <input type="checkbox"/> 利用者のケガ	<input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症・結核	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	④概要(経緯)	・事故発生時の利用者の状況、病状 ・利用者への対応 ・事故後の利用者の状況、病状 ・入院の有無等													
	⑤医療機関・所在地														
4 事故後の対応	①家族への報告・説明														
	②関係機関への連絡 (警察署、保健所等)														
	③損害賠償等の状況 (損害保険利用の有無等)														
5 再発防止に向けた対応	原因分析														
	対応策														