別記様式(第4条関係)

介護保険事業者　事故報告書　　　　　　　　　　(事業者→甲賀市)

甲賀市長　　　　　　　　　　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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)※予防サービス含む | □居宅介護支援□訪問リハビリテーション□短期入所生活介護□特定福祉用具購入□夜間対応型訪問介護 | □訪問介護□居宅療養管理指導□短期入所療養看護□介護老人福祉施設□認知症対応型通所介護 | □訪問入浴介護□通所介護□特定施設入所者生活介護□介護老人保健施設□小規模多機能型居宅介護 | □訪問看護□通所リハビリテーション□福祉用具貸与□介護療養型医療施設□認知症対応型共同生活介護 |
| □地域密着型特定施設入所者生活介護 | □地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| □介護予防支援 | □その他 |
| ２対象者 | 氏名 | 年齢：　　　　　　歳 |
| 住所 | 性別：　　男　　女 |
| 被保険者番号 | 　 | サービス提供日 | 年　　月　　日 |
| ３事故の概要 | 発生日時等 | 　　　　年　　　月　　　時　　　分【□介護中　　□食事中　　□入浴中　　□送迎中　　□その他(　　　　　　　　　)】 |
| 発生場所 | 　 |
| 第一発見者 | 　 |
| 事故の種別(複数の場合は、もっとも症状の重いもの) | □骨折　　　　　　　□やけど　　　　　□感染症等□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・誤嚥 |
| 　 | 死亡に至った場合はその死亡年月日 | 年　　月　　日 |
| 事故の内容 | (感染症の場合は、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) |
| 受診した医療機関 | (医療機関名、所在地、電話番号等) |
| 治療の概要 | 　 |
| 連絡済の関係機関 | □介護支援専門員(　　　　　　　　　　)　□(　　　　　　　)地域包括支援センター□(　　　　　　　)保健所　　　　　　　　□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) |
| 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) | 連絡した家族の氏名・関係 | 連絡日時、連絡先 | 報告・説明内容 |
| 　 | 　 | 　 |
| 経過 | □解決又は終結している　□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 | 　 |

　※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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【市記入欄】 | 第一報受付 | 最終受付 |
| 　 | 受付日 | 年　　月　　日　　　　 | 年　　月　　日　　　　 |
| 受付者 | 　 | 　 |
| 県等報告の有無 | 有 | 無 | 有 | 無 |
| 報告先 | 滋賀県 | 滋賀県国保連 | 滋賀県 | 滋賀県国保連 |
| 報告先受付者 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 報告者 | 　 | 　 |