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 |  | |  | |