

介護保険事業者 事故等報告書（事業者→吉野川市）

令和 年 月 日

1 事業所の概要	法人名											事業所番号														
	事業所（施設）名											電話番号														
												FAX番号														
	所在地																									
	記載者職氏名	氏名											職名													
サービス種類 （事故が発生したサービス）	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <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 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <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"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <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入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 入居者生活介護																									
	※予防サービスを含む																									
2 対象者	氏名											年齢			性別			要介護度								
	寝たきり度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2											認知度											自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		
	被保険者番号																					サービス提供日			年 月 日	
	住所																									
3 アセスメント	既往症																									
	日ごろの入浴・排泄・食事に関する介護状態及びコメント	入浴	介護の状態																							
			コメント																							
		排泄	介護の状態																							
			コメント																							
		食事	介護の状態																							
			コメント																							
日ごろの精神状態及び問題行動																										
当日の様子																										
特記すべき事項																										
4 事故の概要	発生時等	年 月 日 時 分 【 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 入浴中 <input type="checkbox"/> 送迎中 <input type="checkbox"/> その他（ ） 】																								
	発生場所	一階浴室 脱衣所内にて																								
事故の種類 （複数の場合は最も症状の重いもの）	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 感染症等 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 異食・誤えん																									
																				死亡に至った場合はその死亡年月日：	平成	年	月	日		

4 事故の概要	事故の内容及び事業者対応 「いつ・どこで・だれが・なにを・どのように・どうして」したのか、に注意して記載すること。 (感染症等の場合は、疾患名、最初に患者が発生した日、利用者・従業員の発生者数、主な症状)	月 日 時 分		
5 事故発生後の対応	治療した医療機関 (医療機関名、科目、住所、電話番号等)	電話番号		
		科	住所	
	治療の概要			
	連絡済の関係機関	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> その他()		
	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を記載) <u>(感染症等の場合は、患者が利用している他のサービス、担当居宅介護支援事業所も記入すること)</u>		
	家族への報告、説明内容	(「いつ・どこで・だれが・なにを・どのように・どうして」したのか、に注意して記載すること。)		
経過	<input type="checkbox"/> 解決又は終結している。 <input type="checkbox"/> 継続している。 (内容)			
損害賠償等の状況				
6 再発防止に向けての今後の取り組み	(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。