

介護保険事業者等事故報告書(事業者→鎌ヶ谷市)

第1報
 _____ 報
 最終報告
 第1報及び最終報告

提出日: 西暦 年 月 日

- * 第1報は、1から6までについて可能な限り記載し、事故発生後速やかに、概ね5日以内に郵送または持参により提出してください。
- * 医療機関(施設内処置を含む)での治療は報告を必要としますが、比較的軽度な切傷・擦過傷・打撲の場合は不要です(トラブル等が発生している場合は必要)。
- * 発生日時又は場所が不明な場合は、職員が発見した日時又は場所としてください。

1	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 様子観察のみ <input type="checkbox"/> 自施設(サービス)で応急措置 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()					
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦	年	月	日		
2	法人名						
	事業所(施設)名					事業所番号	
	所在地						
	記入者の職・氏名					電話番号	
	サービス種類(事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> 介護予防サービス <input type="checkbox"/> 介護予防・日常生活支援総合事業 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問介護、第1号訪問 <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 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護、第1号通所 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <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(介護付き有料) <input type="checkbox"/> 用具貸与 <input type="checkbox"/> 用具販売 <input type="checkbox"/> 老福(特養) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 医療院 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 地密老福(地密特養) <input type="checkbox"/> 地密通所、第1号通所 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他()					
3	氏名・年齢・性別	氏名	年齢	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	サービス提供開始日	西暦	年 月 日	被保険者番号	保険者名(自治体)		
	住所(居住地)	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他()					
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立				
	認知症高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明					
4	発生(発見)日時	西暦	年 月 日	曜日	時刻(24時間表記)	<input type="checkbox"/> 発生 <input type="checkbox"/> 発見	
	発生(発見)場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他()					
	事故の種別(複数の場合は、もっとも重いもの)	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 離脱 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 震災・風水害・火災 <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 個人情報取扱不備 <input type="checkbox"/> 感染症・食中毒・結核・疥癬等() <input type="checkbox"/> 職員の行為() <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()					
	発生(発見)時状況、事故内容の詳細	<input type="checkbox"/> 介助中 <input type="checkbox"/> 見守り中 <input type="checkbox"/> 自立歩行中 <input type="checkbox"/> その他()					
	その他特記すべき事項						
5	発生(発見)時の対応						
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他()					
	受診先	医療機関名				連絡先(電話番号)	
	診断名						
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位:) <input type="checkbox"/> その他()					
	検査、処置等の概要						

6 事故発生 (発見) 後の 状況	利用者の状況								
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者		<input type="checkbox"/> その他()		
		報告年月日	西暦		年		月		日
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 自治体名()		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名()		<input type="checkbox"/> その他 名称()			
本人、家族、関係先 等への追加対応予定									

* 7～10については、事故処理が完了した時点又は一定の区切りがついた時点で報告をしてください。

7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の 分析)	(できるだけ具体的に記載すること)
8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対 応、再発防止策の評価時期及び結 果等)	(できるだけ具体的に記載すること)
9 損害賠償等の状況 (損害賠償保険利用の有無や訴訟 の決定状況等を記入)	損賠賠償保険利用(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検討・交渉中)
10 その他 特記すべき事項	

注) 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載のうえ、この報告書に添付してください。