

# 介護保険事故報告書

吉川市長 様

□速報    □報告書

報告年月日：        年    月    日 (1/2)

1 事業所の概要	1 法人名		2 事業所番号												
	3 事業所名		4 サービス種類 ※該当にシでチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他 (                          ) <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> お泊りデイ <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"/> 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"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <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"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設												
	5 事業所所在地	〒    —													
	6 電話番号	—          —													
	7 FAX 番号	—          —													
	8 記載者氏名														
	9 職名														
2 利用者	10 氏名 (ふりがな)		11 被保険者番号												
	12 生年月日	明・大・昭      年   月   日 (      歳)	13 要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5											
	14 住所	〒    —													
	15 対象者の心身の状況	…………… …………… …………… ※認知症高齢者日常生活自立度 (      )    障害高齢者日常生活自立度 (      )													
3 事故の概要	16 事故発生日時	年   月   日 (      )      午前・午後      時      分頃      発生・発見													
	17 発生場所	( <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 浴室 ( <input type="checkbox"/> 脱衣場・ <input type="checkbox"/> 洗面所 ) <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 訓練室・リハビリ室 <input type="checkbox"/> その他 (                          )													
	18 事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症(インフルエンザ等) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 職員の違法行為・不祥事 <input type="checkbox"/> その他 (                          )													
	19 事故結果	<input type="checkbox"/> 異常・外傷なし <input type="checkbox"/> 骨折(ひび含む) <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日：   年   月   日、警察の検証： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他 (                          )													
	20 傷病等の内容	(入院期間等)													
	21 事故の内容、経緯、利用者の状況・現況、対応の概要等	…(過去3ヶ月以内の同一被保険者に関する事故の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) …………… …………… …………… …………… …………… …………… ……………													
	22 事故の原因	<input type="checkbox"/> 従業員の直接行為による <input type="checkbox"/> 介助中の注意不足による <input type="checkbox"/> 従事者の見守不十分による <input type="checkbox"/> 福祉用具・施設設備不良 <input type="checkbox"/> その他 (                          )													
	23 治療した医療機関の名称・所在地														

※速報としてFAXで提出する場合、「2 利用者」については個人情報がいかに塗りつぶして下さい。

⇒裏面もあります

# 介護保険事故報告書

報告年月日：            年    月    日 (2/2)

4 事後の対応	24 家族への連絡・説明	<input type="checkbox"/> 未（理由：                            ） <input type="checkbox"/> 不要（身寄りのない方等） <input type="checkbox"/> 実施済（   月    日    時頃（誰に説明：                            ） （説明内容） ..... ..... ..... （家族からの返答） ..... ..... .....
	25 その他の関係機関への連絡	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 未（理由：                            ） <input type="checkbox"/> 実施済み（どの関係機関：                            ）
	26 損害賠償等の状況	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 完結 <input type="checkbox"/> 継続 ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未交渉
5 その他	27 事故の要因及び再発防止のための方策	（事故の要因） ..... ..... ..... （再発防止策） ..... ..... ..... .....

※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。  
※必要に応じ、中間報告を提出してください。  
※速報は事故発生から3日以内を目安に、報告書は2週間を目安に提出してください。

**提出先**            吉川市いきいき推進課  
〒342-8501 吉川市吉川二丁目1番地1

**提出方法**            郵送または持参（※速報については個人情報塗つぶすことでFAXでも可）