

介護保険事業者 事故報告書 (横浜市提出用)

□郵送 □第1報FAX 平成 年 月 日

1 事業所の概要	事業所(施設)名	どちらの報告に該当するかを チェックし、FAXまたは郵 送した日付を記載ください。		電話番号 FAX番号		事故報告書は、横浜市では公文書と なり、情報開示請求があれば開示され ます。 ・提出の際は、この様式に記載してく ださい。 ・別紙参照等で事業所内の書式を添 付しないでください。	
	事業所番号	1	4				
	所在地						
	法人名						
	記載者職氏名	職名()	氏名()				
サービス種類	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <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"/> その他() <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護				介護事業指導課 宛てにお送り ください		
	<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"/> その他() <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"/> 地域密着型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入所者生活介護				被保険者番号も個人 情報となります。 誤りのないよう、ご 注意ください。		
2 対象者	(フリガナ) 氏名			被保険者番号			
	性別・年齢	男	女	(歳)	要介護度	支援 1 2	介護 1 2 3 4 5
	住 所			サービス提供開始日	年	月	日
3 事故の概要	発生日時	年	月	日	午前・午後		
	発生場所	屋内()					
	事故種別・結果 (複数の場合は、もっとも 症状の重いもの1カ所に チェック)	<input type="checkbox"/> 骨折(ひび含む) <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 感染病 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> その他の外傷 (FAX誤送信・個人情報紛失等含む) <input type="checkbox"/> 異食・誤えん (あざ・内出血・表皮剥離など)	<input type="checkbox"/> 外傷なし <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 徘徊・行方不明 () <input type="checkbox"/> 送迎時の交通事故		この欄のチェックは1つです。 「その他」の場合のみ、内容にもチェックを してください。 該当がないものは「その他」の「他」に 記載してください。		
	死亡の場合、死亡日: 年 月 日 原因: 警察の検証 有 無						
	事故時の状況、 経緯、対応等			事故の原因(事業者側、利用者側)を記入してください。			
	事故の原因						
4 発生時の 対応	受診日・医療機関	受診日時: 月 日 時 分	医療機関名:			事故が起きたら、速やかに一報を入れてください。 一報を入れた際、この欄には「介護事業指導課」また は「高齢施設課」を必ず記載してください。	
	治療の概要						
	関係機関への連絡						

注)第1報FAXは1~4(上)までを記入し、対象者はマスキングをしてお送りください。

事故対応の区切りがついたところで5、6(下)までを記入完成の上、郵送してください。(マスキングは不要)

平成 年 月 日

5 発生後の 状況	利用者の状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設・自宅療養 状況: 最終的な診断結果を記載してください。	事故対応の区切りがついたら、5、6まで 記載した報告書を郵送してください。	
	最終診察・診断 結果			
	家族への連絡、 説明	<input type="checkbox"/> 月 日 時頃 (誰が) <input type="checkbox"/> 連絡不要(身寄りのない方等)	必ずチェックを記載してください。「検討中」の場合 は、状況確定後、追加報告をしてください。	
	損害賠償等の状況	<input type="checkbox"/> 事業所負担(保険を利用した場合を含む) <input type="checkbox"/> 利用者負担 <input type="checkbox"/> 負担が生じる状況はなし <input type="checkbox"/> 検討・交渉中 (結果が分かり次第再度報告してください)		
6 再発防止に向けての 今後の取り組み	【事故発生後、事業所内で検討の結果、実施する内容を具体的に記入してください。不適切例: ~を検討中...、 見守りの強化...×、職員への周知× などの漠然とした表現は不可】 ・事故の対象者だけではなく、同様の事故を防ぐための方法も検討し、「検討した結果」 について記載してください。 ・検討に時間を要する場合は、一報の際に併せてご連絡ください。			

注)必要に応じ、中間報告を提出してください。

宛先住所: 〒231-0017中區港町1-1 横浜市健康福祉局・介護事業指導課または高齢施設課 FAX:介護事業指導課681-7789 高齢施設課641-6408

☆提出の際は記入漏れがないことを確認ください。

☆事故発生時、ご家族等への連絡及び市への報告は速やかに行ってください。

☆利用者、家族に対し、事故の原因、再発防止策について十分に説明をしてください。

☆事故報告書は利用者、家族に積極的に開示し、求めに応じて交付してください。