

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					
	事業所番号	記載者は職種も記載してください。				
	所在地	電話番号 () ()	FAX番号 () ()			
	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"/> 通所看護 <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"/> 居宅療養管理指導 <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"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> その他()					
	<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"/> 高齢施設課宛てにお送りください <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					
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 時 分 頃			発生・発見	
	発生場所	屋内() 屋外()				
	事故種別・結果 (複数の場合は、もっとも症状の重いものを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"/> 感染症・結核等 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 職員の方法違反、不祥事 <input type="checkbox"/> 誤薬 <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"/> 外傷なし <input type="checkbox"/> 異食・誤えん (あざ・内出血・表皮剥離など) <input type="checkbox"/> 徘徊・行方不明 () <input type="checkbox"/> 送迎時の交通事故				
	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。				
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:				
	治療の概要					
	関係機関への連絡					

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することは、お避けください。

被保険者番号も個人情報となります。誤りの無いよう、ご注意ください。

・この欄のチェックは1つです。複数の場合は、いずれかの症状で最も重い症状にチェックをつけてください。
 「その他」の場合は内容にもチェックしてください。
 ・その他にも該当がないものは、「他」の欄に記載してください。

事故の原因(事業者側、利用者側)を記入してください。

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。

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。

最終的な診断結果を記載してください。

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行ってください。

注)第1報FAXは1~4(上)までを記入し、対象者はマスク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。(マスクングは不要) 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:				
	最終診察・診断結果					
	家族への連絡、説明	<input type="checkbox"/> 月 日 時頃 (誰が)が(誰に)に説明済み <input type="checkbox"/> 連絡不要(身寄りのない方等)				
6 再発防止に向けての今後の取り組み	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)				
	【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...x、職員への周知x などの漠然とした表現は不可】					

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中区港町1-1横浜市健康福祉局・介護事業指導課 〒231-0017 横浜市中区港町1-1 横浜市健康福祉局・介護事業指導課 FAX:介護事業指導課681-7789 高齢施設課641-6408

・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、一報を入れる際に併せてご連絡ください。

- ☆提出の際は記入漏れ(空欄がない)がないことをご確認ください。
- ☆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、求めに応じて交付をしてください。