

介護保険事業者事故報告書

年 月 日

事業者名称及び代表者氏名
(氏名)

印

当事業所(施設)において、次のような事故が発生したので報告します。

1 事業所	事業所(施設)名及び所在地	事業所(施設)名 所在地 電話番号
	サービス種類	
	管理者氏名	
2 事故対象者 (利用者又は入所者)	氏名等	氏名 (男・女) 年 月 日生(歳) 住所 被保険者番号() 要介護度() 電話番号
	家族等の状況	
居宅介護支援事業所名		
3 事故の概要	①発生日時	年 月 日(曜日) 時 分
	②発生場所	
	③種別 (該当するものに○をする)	利用者の死亡、利用者のけが、職員の法令違反、不祥事 その他()
	④内容 (経緯、発生状況、事故対象者の状況、原因等を記載)	
4 事故時の対応	発生時の対応 (応急処置、家族等への連絡状況、医療機関への搬送状況等を記載)	家族への連絡(有・無) 市町村(保険者)への報告(有・無) 居宅介護支援事業者への連絡(有・無) 介護予防支援事業者(地域包括支援センターへの報告)(有・無)
5 事故後の対応	①搬送後又は治療後の利用者の状況 (病状、入院の有無等)	
	②家族への対応 (報告・説明)	
	③市町村、地域県民局又は県本庁(所管機関)への第一報	
	④損害賠償等の状況 (損害保険利用の有無)	
6 再発防止策		

※ 死亡事故等の場合は、本様式作成を待たずに、直ちに電話又はFAXにより第一報を行ってください。

※ 事故について、詳細な記録(介護、看護記録等)や図がある場合は、併せて添付してください。

※ 記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張するか、別に記載して下さい。