年　　月　　日

　喜多方市長

＜報告者＞　事業所所在地

事業所名

報告者職氏名 印

介護保険事業所における事故等に係る改善結果報告書

年○○年○○日付けで報告した事故等に係る改善結果について、次のとおり報告いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所概要 | 法人名 |  |
| 事業所(施設)名 |  |
| 所在地 | 電話番号：　　　　　　　　　FAX番号： |
| 介護サービス種類 |  |
| 記載者　職氏名 |  |
| 対象者 | 氏名・生年月日年齢・性別 | 　　　　　　　　　　　　（被保険者番号　　　　　　　　）M・T・S　　年　　月　　日生（　　歳）、　　男　・　女 |
| 介護度 | □要支援　１・２　　□要介護　１・２・３・４・５ |
| 事故の概要 | 発生日時 | 　　　　年　　月　　日（　）午前・午後　　時　　分ごろ |
| 発生場所 |  |
| 事故の種別 | □骨折　□打撲・捻挫・脱臼　□切傷・擦過傷　□その他外傷□異食・誤嚥　□食中毒　□結核　□感染症　□その他感染症□虐待　□職員の法令違反　□死亡　□誤薬　□その他 |
| 事故内容（事故原因）（発生状況）※具体的に記載 |  |
| 事故発生時の対応 | 対処の仕方※経過記録的に記載 |  |
| 医療機関受診状況 | □有　□無医療機関名：電話番号： |
| 治療の概要 |  |
| 家族へ連絡及び説明内容状況 | □有　□無連絡者：　　　　　　　　家族(続柄)：説明内容等： |
| 連絡済関係機関 | □保険者(市町村)　　　 □会津保健福祉事務所□居宅介護支援事業所　□住所地特例の場合（保険者） |
| 事故後の対応 | 利用者の状況及び対応状況※治療の状況、病状、 |  |
| 再発防止に向けての今後の対応（問題点と改善策） |  |
| 損害賠償等の状況 |  |
| 家族等氏名 |  | 利用者との続柄 |  |
| 同住所 |  | 電話番号 |  |
| 居宅介護支援事業所 |  | 担当者名 |  |
| 同住所 |  | 電話番号 |  |
| ※　添付書類（1）施設の位置図、平面図及び写真　　　　　　　（2）施設の事故対策マニュアル、業務マニュアル及び職員会議録　　　　　　　（3）その他（介護サービス計画、ケース記録、 |

注１　この報告書は、問題点が改善され次第提出すること。

　２　１にかかわらず、1か月経過時には改善状況について報告すること。