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。