

介護保険事業者 事故報告書・高齢者虐待(疑い)報告書 (事業者→神戸市)

年 月 日作成

1 事業所の概要	法人名																								
	事業所(施設)名																								
	事業所番号																								
	所在地									電話番号															
										FAX番号															
	記載者職・氏名																								
	サービス種類 (事故が発生したサービス) ※介護予防・地域密着型及び総合事業サービス含む	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問サービス	<input type="checkbox"/> 生活支援訪問サービス	<input type="checkbox"/> 介護予防通所サービス	<input type="checkbox"/> その他()
2 対象者	氏名・年齢・性別	年齢: 性別: 要介護度: 認知症自立度:																							
	被保険者番号												サービス提供開始日	年	月	日									
	住所																								
3 事故(事案)の概要	発生日時	年 月 日() 時 分頃																							
	発生場所																								
	事故(事案)の種別 (複数の場合は、もっとも症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 高齢者虐待(疑い)	<input type="checkbox"/> 身体的虐待	<input type="checkbox"/> 心理的虐待	<input type="checkbox"/> 性的虐待	<input type="checkbox"/> 経済的虐待	<input type="checkbox"/> ネグレクト	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> やけど	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼	<input type="checkbox"/> その他の外傷	<input type="checkbox"/> 行方不明	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷	<input type="checkbox"/> 異食・誤えん	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事	<input type="checkbox"/> その他()								
		死亡に至った場合はその死亡年月日: 年 月 日																							
	事故(事案)の内容 (経緯を記載)																								
4 事故発生時の対応	対処の仕方	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)																							
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等)																							
	治療の概要																								
	連絡済の関係機関	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> その他()																						
5 事故発生後の対応	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況)																							
		入院有無: <input type="checkbox"/> 入院した <input type="checkbox"/> 入院せず																							
	家族への報告、説明の内容、対応経過	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)																							
	<input type="checkbox"/> 解決又は終結している <input type="checkbox"/> 継続している()																								
	損害賠償等の状況																								
	考えられる発生要因及び再発防止に向けての今後の取り組み	(できるだけ具体的に記載すること)																							

注)記載欄が不足する場合は、任意の別紙に記入の上、この報告書に添付してください。

注)高齢者虐待(疑い)通報票に関しては、1~3(二重枠内)のみ記載の段階での提出も可とする。