

介護保険事業者 事故報告書 (事業者→綾瀬市)

年 月 日

|                          |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1<br>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<br>FAX番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 記載者職氏名                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | サービス種類<br>(事故が発生したサービス)       | <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> その他<br><hr/> <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護<br><input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ<br><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"/> 福祉用具貸与<br><input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <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<br><hr/> <input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <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<br><input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護<br><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> その他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2<br>対象者                 | 氏名・年齢・性別                      | 年齢:                      性別:                      要介護度:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 被保険者番号                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | サービス提供開始日                     | 年 月 日  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 住所                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3<br>事故の概要               | 保険者名                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 発生日時                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 発生場所                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 事故の種別<br>(複数の場合は、もつとも症状の重いもの) | <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事<br><input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 異食・誤えん <input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 誤薬・落薬・与薬もれ<br><input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 徘徊・行方不明<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 医療的ケア関連(カテーテル抜去等)<br><input type="checkbox"/> 他(                                      )   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 死亡に至った場合はその死亡年月日:             | 年 月 日  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4<br>事故発生時の対応            | 受傷原因(外傷のみ)                    | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 介護行為 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他(                      )   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 事故の内容                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 対処の仕方                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5<br>事故発生後の状況            | 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                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 利用者の状況                        | (病状、入院の有無、その他の利用者の状況及び、家族への報告、説明の内容)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事故の原因分析及び再発防止に向けての今後の取組み | 損害賠償等の状況                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 事故の原因分析及び再発防止に向けての今後の取組み      | (できるだけ具体的に記載すること)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

介護保険事業者 事故報告書 (事業者→綾瀬市)

〇〇年△月□日

|   |   |   |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|---|---|---|---|---------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------------|---|---|------------------------------------|------------------------------|
| 1<br>事業所の概要                                   | 法人名   | 社会福祉法人 〇〇会  |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|   | 事業所(施設)名  | 綾瀬〇〇デイサービスプラザ   |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|   | 事業所番号   | 1 4 1 1 1 1 1 1 1 1   |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|   | 所在地   | 綾瀬市早川550番地  | 電話番号 0467-77-1111                         | FAX番号 0467-70-5702  |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|   | 記載者職氏名  | 施設長 綾瀬 太郎   |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
| サービス種類<br>(事故が発生したサービス)                       | <input checked="" type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> その他   |   |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|   | <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 居宅介護支援</td> <td><input type="checkbox"/> 訪問介護</td> <td><input type="checkbox"/> 訪問入浴介護</td> <td><input type="checkbox"/> 訪問看護</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 訪問リハビリ</td> <td><input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 通所介護</td> <td><input type="checkbox"/> 通所リハビリ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 短期入所生活介護</td> <td><input type="checkbox"/> 短期入所療養介護</td> <td><input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護</td> <td><input type="checkbox"/> 福祉用具貸与</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売</td> <td><input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設</td> <td><input type="checkbox"/> 介護老人保健施設</td> <td><input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 介護予防支援</td> <td><input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護</td> <td><input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護</td> <td><input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型共同生活介護</td> <td><input type="checkbox"/> 複合型サービス</td> <td><input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護</td> <td><input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</td> <td><input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td></td> </tr> </table> |   |   |                     | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 | <input type="checkbox"/> 訪問介護 | <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 | <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 | <input type="checkbox"/> 通所リハビリ | <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"/> 福祉用具貸与 | <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 | <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"/> 介護予防支援 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 | <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"/> 定期巡回・随時対応型共同生活介護 | <input type="checkbox"/> 複合型サービス | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | <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 | <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 居宅介護支援               | <input type="checkbox"/> 訪問介護   | <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護   | <input type="checkbox"/> 訪問看護             |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
| <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ               | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導   | <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護  | <input type="checkbox"/> 通所リハビリ           |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
| <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"/> 福祉用具貸与           |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
| <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売             | <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"/> 介護予防支援               | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護  | <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"/> 定期巡回・随時対応型共同生活介護     | <input type="checkbox"/> 複合型サービス  | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護   | <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 | <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護  | <input type="checkbox"/> その他  |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
| 2<br>対象者                                      | 氏名・年齢・性別  | 綾瀬 花子   | 年齢: 85                                    | 性別: 女    要介護度: 要介護5 |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|   | 被保険者番号  | 0 0 0 0 1 1 1 1 1 1   | サービス提供開始日                                 | 〇〇年△月□日             |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|   | 住所  | 綾瀬市早川550番地1   |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|   | 保険者名  | 綾瀬市   |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
| 3<br>事故の概要                                    | 発生日時  | 〇〇年△月□日 午前2時30分 頃 (※時間まで記載すること)   |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|   | 発生場所  | 食堂  |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|   | 事故の種別<br>(複数の場合は、もつとも症状の重いもの)   | <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事<br><input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 異食・誤えん <input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 誤薬・落薬・与薬もれ<br><input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 徘徊・行方不明<br><input type="checkbox"/> 医療的ケア関連(カテーテル抜去等)<br><input type="checkbox"/> 他( ) |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|   | 受傷原因(外傷のみ)  | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 介護行為 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他( )  |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|   | 事故の内容   | 食堂でテーブルに着く際、介助者がほかの介護者に気を取られたためバランスを崩し、介助者も支えきれず転倒した  |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
| 4<br>事故発生時の対応                                 | 対処の仕方   | 看護師が患部の腫れや外傷・関節可動域等を確認し、直ちに〇〇病院に搬送し、レントゲン撮影。  |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|   | 治療した医療機関  | (医療機関名、住所、電話番号等)<br>〇〇病院、綾瀬市深谷〇〇番地、0467-××××××××及び△△病院、綾瀬市早川××番地、0467-××××××××  |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|   | 治療の概要   | レントゲン撮影の結果、右大腿部骨折と判明。△△病院に移り手術、そのまま入院となる。   |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|   | 連絡済の関係機関  | 綾瀬市 (※第一報及び報告書は、保険者及び事業所所在市町村に連絡すること)   |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
| 5<br>事故発生後の状況                                 | 利用者の状況  | (病状、入院の有無、その他の利用者の状況及び、家族への報告、説明の内容)<br>看護師が患部の腫れや外傷・関節可動域等を確認し、●時●分に救急要請し、〇〇病院に救急搬送。レントゲン撮影の結果、右大腿部骨折が判明。同日△△病院に移り緊急手術し、入院となる。退院は〇月〇日予定。事故発生直後にご家族に連絡。事故発生の状況の詳細を説明し、病院での診察にお立会いいただいた。   |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
|   | 損害賠償等の状況  | 特になし。   |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |
| 事故の原因分析及び再発防止に向けての今後の取組み                      | (できるだけ具体的に記載すること)<br>本人以外の着席済みの利用者が予想外の動きをしたため、介護者がそれに気を取られて転倒したもの。<br>食事時など、異動が多いときは現在より介助者を手厚く配置し、利用者の動きに注意する。<br>また、今回のケースを題材に緊急職員研修を行い、原因の解明と再発防止に努める。  |   |   |                     |                                 |                               |                                 |                               |                                 |                                   |  |                                 |                                   |                                   |                                      |                                 |                                   |                                   |                                   |                                    |                                 |                                      |                                    |                                     |   |                                  |                                       |   |   |                                    |                              |

注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。