

事故発生報告書（事業者→ひたちなか市）

記載例

※事故発生後、発生日又は翌日を目途として電話にて報告すること

※電話にて報告後、1週間を目途として、本様式に可能な限り記載し提出すること

※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

担当者	ひたちなか 花子
電話番号	〇〇-〇〇〇〇

 第1報
 第__報
 最終報告

提出日：西暦 2024年 4月 5日

1事故 状況	事故状況の程度	<input checked="" type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日					
2 事業 所の 概要	法人名	社会福祉法人〇〇会											
	事業所(施設)名	特別養護老人ホーム〇〇				事業所番号	872100000						
	サービス種別	介護老人福祉施設											
	所在地	ひたちなか市〇〇町〇番〇号											
3 対象 者	氏名・年齢・性別	氏名	ひたちなか 太郎		年齢	80		性別：	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性				
	サービス提供開始日	西暦	2024	年	4	月	1	日	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()											
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立										
	認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input checked="" type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M											
4 事故 の 概要	発生日時	西暦	2021	年	4	月	1	日	12	時	0	分	(24時間表記)
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	事故の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)											
	発生時状況、事故内容の詳細	昼食後、居室に戻ろうとして介護職員の手を借りず1人で廊下を歩行中ふらついて転倒した。その際、左半身を床に強打した。 看護師が直ちに、意識や血圧等のバイタルチェックをした。足に強い痛みを訴えたため、看護師の指示により介護職員付き添いで病院へ受診した。											
その他 特記すべき事項	心疾患の持病あり												
5 事故 発生 時の 対応	発生時の対応 (注：時系列に沿って記載してください。)	4月1日 12時30分 1人で廊下歩行中転倒。足に強い痛みを訴える。 4月1日 13時00分 骨折の可能性を考慮し、直ちに△△総合病院(整形外科)に受診。 4月1日 14時00分 左大腿骨骨折と診断される。											
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input checked="" type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> その他 ()											
	受診先	医療機関名	△△総合病院				連絡先(電話番号)	〇〇-〇〇〇〇					
	診断名 (死亡の場合は死亡原因)	左大腿骨骨折											
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折(部位：左大腿骨) <input type="checkbox"/> その他 ()											
検査、処置等の概要	患部の固定												

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況	左大腿骨骨折により左大腿骨骨折により2ヶ月の入院加療の見込み。 今のところ骨折以外は主だった症状は無い。										
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者			<input checked="" type="checkbox"/> 子、子の配偶者			<input type="checkbox"/> その他 ()			
		報告年月日	西暦	2024	年	4	月	1	日			
	家族の反応	事故発生後、直ちに家族に連絡をし病院へ直行してもらった。翌日、改めて家族宅を訪問し事故の概要説明と謝罪を行った。										
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体			<input type="checkbox"/> 警察			<input type="checkbox"/> その他				
本人、家族、関係先等 への追加対応予定	特になし											
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)		(できるだけ具体的に記載すること)										
		自立歩行可能な入所者であるため起きてしまった事故ではあるが、職員による見守り等により防ぐことは可能であったのかなど、今後も引き続き検討をしていく。										
8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等)		(できるだけ具体的に記載すること)										
		すべての入所者のアセスメントを再度行い、身体機能のチェックとADL低下防止のための再プランを行った。また、介護職員を増員し、入所者から極力目を離さないよう体制の充実を図るとともに、職員会議において介護職員に対し再発防止の注意を喚起した。										
9 苦情及び損害賠償等の状況 (損害保険利用の有無等)		家族からの苦情は無く、また損害賠償の予定も無い。										