

事故報告書 (事業者→日立市)

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること  
 ※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  
 ※最下部の留意事項、記入例を参照しながら記載してください。

<input checked="" type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第__報	<input type="checkbox"/> 最終報告	提出日：西暦 <b>2021</b> 年 <b>4</b> 月 <b>4</b> 日
黒の四角形 <input checked="" type="checkbox"/> または チェック <input checked="" type="checkbox"/>			被保険者番号 <b>000000000</b>

1 事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、 <input type="checkbox"/> 自施設で応急処置 <input checked="" 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	〇〇法人 〇〇会										
	事業所(施設)名	特別養護老人ホーム 〇〇〇〇〇〇				事業所番号	000000000					
	サービス種別	介護老人福祉施設 <span style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;">プルダウンメニューから選択 (選択肢がない場合は入力してください)</span>										
	所在地	〒316-0000 日立市〇〇町1-1										
3 対象者	氏名・年齢・性別	氏名	桜野 はな工		年齢	85歳		性別：	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性			
	サービス提供開始日	西暦	2019	年	6	月	7	日	保険者	日立市		
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 日立市△△町2-2 )										
	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 checked="" type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <span style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;">事故が発生・発覚した 最初の日時を記載</span>										
4 事故の概要	発生日時	西暦	2021	年	4	月	1	日	09	時	30	分頃(24時間表記)
	発生場所	<input checked="" type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input 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	09：30 本人居室からコールがあり、訪室すると、トイレの前に長坐位になっている本人を発見。「用を足した後にベッドに戻ろうとしたら、つまずいて転んで、腰を打ってしまった」とのこと。発見した職員から看護師に報告、看護師が観察行う。 09：40 発見した職員は本人に付き添い、看護師から管理者に状況を報告。緊急性が高いと判断し、救急要請。管理者から家族(長男の妻)に連絡。転倒の経緯と救急搬送になる旨伝える。 10：20 〇〇病院に救急搬送。本人同意の上、入院となる。 10：30 長男の妻に連絡。「対応ありがとうございます、これから病院に行きます」とのこと。 13：00 家族から連絡あり。4/3に手術予定とのこと。										
	<span style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;">4 事故の概要 事故全体の概況を時系列で記載</span>											
	その他 特記すべき事項	本人朝食後に少し休みたいとのことで居室にいた。家族は他県在住で対応困難だったため、搬送時は管理者が付き添った。										
5 事故発生時の対応	発生時の対応	09：30 本人の全身状態を確認。右腰部から大腿部にかけて痛みあり。右腰部に発赤・熱感あり。「痛くて動けない」と話す。意識は清明で、受け答えははっきりしている。職員と看護師で介助し、ベッドに移乗。臥床してもらう。移乗中も顔をしかめ、痛みを我慢している様子あり。バイタルサイン測定。 体温 36.8℃ 脈拍数 78回/分 呼吸数 18回/分 血圧 137/79mmHg 09：40 痛みが強く、発赤等の症状があり、骨粗鬆症治療をしていることなどから、緊急性が高いと判断。本人に了解を得て、救急要請とした。										
		<span style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;">5 事故発生時の対応 発生時の対応の詳細を記載</span>										

自由記載部分の全体的なポイント  
 「いつ」、「誰が」、「どこで」、「どのように」、「どうして(理由)」行動したかがわかるよう、具体的に記載してください。

5 事故発生時の対応	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師 (配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診 (外来・往診) <input checked="" type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他( )								
	受診先	医療機関名	○○病院		連絡先(電話番号)	XX-XXXX				
	診断名	右大腿骨転子部骨折								
	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: 右大腿骨転子部) ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
検査、処置等の概要	・X線撮影、CT撮影 ・4/3 手術(人工骨頭置換術)予定 行った、または今後行う予定の検査・医療処置があれば記載									
6 事故発生後の状況	利用者の状況	・4/1 13:00 長男の妻からの連絡で、本人の状態は安定しているとのこと。 ・4/1 15:00 入院中の衣類、内服薬などの追加分を家族に渡す。 ・4/3 11:30 長男の妻から連絡あり、無事手術終了したとのこと。医師から、このまま特に問題がなければリハビリを行い、3~4週間後に退院と話があったと話される。 ・長男の妻から、退院時には当施設に戻れるのか相談あり。本人にも確認が必要だが、施設では受け入れ可能であることを伝える。 ・4/1 13:20 担当ケアマネジャーに報告。「家族・病院と連携をとり、必要時は区分変更を行います。」とのこと。 担当の介護支援専門員や家族等から区分変更に関する情報を聴取した場合は、記載をお願いします。								
	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 ( )							
	連絡した関係機関(連絡した場合のみ)	報告年月日	西暦	2021	年	4	月	1	日	
	本人、家族、関係先等への追加対応予定	特になし      利用者・家族とのトラブルや損害賠償等の状況があれば記載(足りない場合はセルを広げたり、利用者状況の空欄を利用してください)								
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) 【一例】 【本人要因】 ・これまで排泄時はベッド上でコールを押したり、テイルームでも職員を呼んでいたが、事故発生時は自分で動いてしまっていた。この1,2週間で、自分がどこにいるかわからないなど、認知機能が低下している様子がみられていた。 ・骨粗鬆症の治療を受けており、骨折しやすい身体状況であった。 ・過去に転倒し上肢を骨折した既往があった。 ・履物のかかとを踏んだまま歩くことが多かった。 【職員要因】 ・他利用者のケアに入っている職員が多く、目が配りきれていなかった。 【環境要因】 ・センサーマットは利用していなかった。									
	7 事故の原因分析であげた各要因から考えられる再発防止策を記載									
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) 【一例】 ・履物をつっかけないようにと転倒リスクがあることを説明する。 ・踵が硬く、踏まずにはくような履物にする。 ・転倒の既往がある場合や、認知機能の低下がみられる場合には、転倒リスクが高い状況であることから、早期にセンサーマットの導入やベッド位置の検討を行う。 ・4/2 本人居室にて、シミュレーションを実施(管理者、看護師、介護士、計画作成者、相談員)。 ・骨粗鬆症の治療をしており、骨折リスクが高かったことから、疾患・症状から起きやすい事故(脳梗塞による麻痺があれば転倒しやすい、糖尿病であると低血糖のリスクがあるなど)を個別に想定し、具体的支援につなげられるよう職員間で共有。朝礼・夕礼の時間を利用して、職員全体が疾患や症状に理解を深められるよう、看護師等から情報提供を行っている。 上記は一例です。再発防止のために行ったこと(今後行う予定も可)を、すべて記載するようにしてください。									
	事故について問い合わせられた際、対応する方について記載してください。									
9 その他 特記すべき事項										
10 報告者氏名	○○ ××	11 役職名	施設管理者			12 連絡先(電話番号)	YY-YYYY			

**【留意事項】**

○1ページ目右上の被保険者番号を入力してください(対象者がいない場合・多数の場合を除く)。

○自由記載欄は、可能な限り時系列で記載してください。

○「6 事故発生後の状況」においては、「利用者の状況」等を用い、家族・関係先との連携状況を詳しく記載してください。

○記載枠が足りない場合にはセルの高さを調整して記載してください。その際、ページ数が増えても構いません。