

事故報告書 (事業者→袋井市)

(事故報告様式)

※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

第1報 第__報 最終報告

提出日：西暦 年 月 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	〇〇〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日				
2事業所の概要	法人名											
	事業所(施設)名	介護〇〇施設 △△センター				事業所番号						
	サービス種別											
	所在地											
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名	〇山 △子		年齢	〇〇歳		性別：	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
	サービス提供開始日	西暦	〇〇〇〇	年	〇〇	月	〇	日	保険者	〇〇市		
	住所	<input 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 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 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		年		月		日		時		分頃 (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 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 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	同室の者のナースコールにより居室に訪問したところ発見。同室者の話によれば、ベッドから車椅子に自力で移ろうとして、ベッドより転落した様子。本人は車椅子とベッドの間にしりもちをつくような形で座っていた。臀部と右手に痛みを訴え、右手が腫れている。直ちに協力医療機関(△△総合病院)に受診。										
	その他 特記すべき事項											
5事故発生の時の対応	発生時の対応 (注：時系列に沿って記載してください。)	(ケガ等の状況) ベッドから転落時に体を支えようとして床に手をつき、これにより右手首骨折。全治1ヶ月。協力医療機関(△△総合病院)に通院することになる。 ----- (対応(受診日、その状況等含む)) 意識ははっきりしているが、右手に腫れがあり、痛みを訴えたため、骨折の可能性を考慮し、直ちに、△△総合病院(整形外科)に受診。診察の結果、右手首骨折と診断される。臀部は特に問題なかった。										
	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) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	受診先	医療機関名					連絡先(電話番号)					
	診断名 (死亡の場合は死亡原因)											
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位：) <input type="checkbox"/> その他 ()										
検査、処置等の概要												

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況	措置後回復しつつある							
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者		<input type="checkbox"/> その他 ()		
		報告年月日	西暦		年		月		日
	家族の反応	事故直後は、一方的にこちらの責任を問うばかりであったが、御自宅に伺った際に、こちらの説明・謝罪を受け入れてくださり、その後、ご家族とのトラブルには至っていない。							
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 自治体名 ()		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 ()		<input type="checkbox"/> その他 名称 ()			
本人、家族、関係先等 への追加対応予定									
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)								
	利用者は、ベッドから車椅子に移乗の際、常に介助を行っており、自力移乗が可能とは判断していなかった。利用者の状態をよく把握していなかったことにより発生したものと思われる。								
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)								
	上記の事故発生後、利用者の状態を的確に把握できるよう、利用開始前の面接調査の方法の見直しと、サービス計画の見直しまでの期間が従来は半年であったものを、3ヶ月に短縮する方向で検討を行っている。								
9 その他 特記すべき事項	治療費負担者(本人)・家族・施設) 損保適用(有・無)区変見込み(有・無)								