事故報告書　（事業者→草加市）

※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

5/7または2025/5/7
のように入力

■ 第1報　□ 第＿＿報　□ 最終報告

提出日：西暦　2025年5月7日

1事故状況	事故状況の程度	□ 受診(外来･往診)、自施設で応急処置			■ 入院		□ 死亡		□ 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												
	事業所（施設）名	特別養護老人ホーム　△△館							事業所番号	1234567890				
	サービス種別	介護老人福祉施設												
	所在地	草加市高砂〇－〇－〇												
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名	草加　太郎			年齢	88		性別	■ 男性	□ 女性			
	サービス提供開始日	西暦	2021	年	3	月	1	日	保険者	草加市				
	住所	■ 事業所所在地と同じ　□ その他（　　）												
	身体状況	要介護度	□ 要支援1	□ 要支援2	□ 要介護1	□ 要介護2	■ 要介護3	□ 要介護4	□ 要介護5	□ 自立				
		認知症高齢者 日常生活自立度	□ Ⅰ	■ Ⅱa	□ Ⅱb	□ Ⅲa	□ Ⅲb	□ Ⅳ	□ M					
4事故の概要	発生日時	西暦	2025	年	5	月	5	日	4	時	5	分頃（24時間表記）		
	発生場所	■ 居室（個室）　□ 居室（多床室）　□ トイレ　□ 廊下 □ 食堂等共用部　□ 浴室・脱衣室　□ 機能訓練室　□ 施設敷地内の建物外 □ 敷地外　□ その他（　　）												
	事故の種別	■ 転倒　□ 異食　□ 不明 □ 転落　□ 誤薬、与薬もれ等　□ その他（　　） □ 誤嚥・窒息　□ 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	04:05　居室内から「バタン」と音がする。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。 夜勤職員が駆けつけバイタル等確認。右膝付近に痛みあるも、その後入眠。巡視をこまめに行う。 10:00　朝から膝の痛みが引かず、病院を受診。右足大腿骨遠位端骨折と診断され、そのまま入院となる。													
	その他 特記すべき事項													
5事故発生時の対応	発生時の対応	外傷確認、バイタル測定行う。右膝の痛みの訴えあるが、発赤・熱感なし。 嘱託医へ連絡し、様子観察の指示あり。 KPに連絡し事故の報告と謝罪、「様子観察で大丈夫です。朝になっても痛がるようなら受診連れていきます」とのこと。													
	受診方法	□ 施設内の医師(配置医含む)が対応　■ 受診(外来･往診)　□ 救急搬送　□ その他（　　）												
	受診先	医療機関名	〇×病院						連絡先（電話番号）	048-000-0000				
	診断名	右足大腿骨遠位端骨折												
	診断内容	□ 切傷・擦過傷　□ 打撲・捻挫・脱臼　■ 骨折(部位：右足大腿骨遠位端　) □ その他（　　）												
	検査、処置等の概要	レントゲン検査、手術適用												

6 事故発生後の状況	利用者の状況	手術のため入院							
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	☐ 配偶者	■ 子、子の配偶者	☐ その他（　　）				
		報告年月日	西暦	2023	年	5	月	5	日
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	☐ 他の自治体 自治体名（　　）		☐ 警察 警察署名（　　）		☐ その他 名称（　　）			
	本人、家族、関係先等への追加対応予定	家族等トラブルなし							

利用者・家族との間にトラブルがなければ「トラブルなし」、
トラブルが生じている又は予見される場合はその旨も併せて記載してください。
記載がない場合は、草加市から問い合わせることがあります。

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）
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）
9 その他 特記すべき事項	生活相談員　□□　□□ 048-123-4567

事故経過の詳細が分かる方の名前と
連絡先を記載してください。

事故報告書　（事業者→草加市）

※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、遅くとも時点（発生から１カ月後までを目安とする。）で提出してください。
※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とする。

最終報は、事故処理の区切りがついた

5/7または2025/5/7のように入力

☐ 第1報　　☐ 第＿＿報　　■ 最終報告

提出日：西暦　2025年6月1日

1事故状況	事故状況の程度	☐ 受診(外来･往診)、自施設で応急処置			■ 入院		☐ 死亡		☐ 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													
	事業所（施設）名	特別養護老人ホーム　△△館							事業所番号	1234567890					
	サービス種別	介護老人福祉施設													
	所在地	草加市高砂〇－〇－〇													
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名	草加　太郎			年齢	88		性別	■ 男性　☐ 女性					
	サービス提供開始日	西暦	2021	年	3	月	1	日	保険者	草加市					
	住所	■ 事業所所在地と同じ　☐ その他（　　）													
	身体状況	要介護度	☐ 要支援1	☐ 要支援2	☐ 要介護1	☐ 要介護2	■ 要介護3	☐ 要介護4	☐ 要介護5	☐ 自立					
		認知症高齢者日常生活自立度	☐ Ⅰ	■ Ⅱa	☐ Ⅱb	☐ Ⅲa	☐ Ⅲb	☐ Ⅳ	☐ M						
4事故の概要	発生日時	西暦	2025	年	5	月	5	日	4	時	5	分頃（24時間表記）			
	発生場所	■ 居室（個室）　☐ 居室（多床室）　☐ トイレ　☐ 廊下 ☐ 食堂等共用部　☐ 浴室・脱衣室　☐ 機能訓練室　☐ 施設敷地内の建物外 ☐ 敷地外　☐ その他（　　）													
	事故の種別	■ 転倒　☐ 異食　☐ 不明 ☐ 転落　☐ 誤薬、与薬もれ等　☐ その他（　　） ☐ 誤嚥・窒息　☐ 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	04:05　居室内から「バタン」と音がする。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。 夜勤職員が駆けつけバイタル等確認。右膝付近に痛みあるも、その後入眠。巡視をこまめに行う。 10:00　朝から膝の痛みが引かず、病院を受診。右足大腿骨遠位端骨折と診断され、そのまま入院となる。														
	その他 特記すべき事項														
5事故発生時の対応	発生時の対応	外傷確認、バイタル測定行う。右膝の痛みの訴えあるが、発赤・熱感なし。 嘱託医へ連絡し、様子観察の指示あり。 KPに連絡、事故の報告と謝罪をする。													
	受診方法	☐ 施設内の医師(配置医含む)が対応　■ 受診(外来･往診)　☐ 救急搬送　☐ その他（　　）													
	受診先	医療機関名	〇×病院						連絡先（電話番号）	048-000-0000					
	診断名	右足大腿骨遠位端骨折													
	診断内容	☐ 切傷・擦過傷　☐ 打撲・捻挫・脱臼　■ 骨折(部位：右足大腿骨遠位端　) ☐ その他（　　）													
	検査、処置等の概要	レントゲン検査、手術適用													

<table>
<tr><td rowspan="5">6
事故発生後の状況</td><td>利用者の状況</td><td colspan="8">5/5　居室内で転倒、右膝付近に痛みあり、様子観察としていたが、翌朝も膝の痛みが引かず、病院を受診。
　　右足大腿骨遠位端骨折 と診断され、そのまま入院となる。
5/8　手術　入院期間は３週間程度
5/25　退院し、帰設。抜糸受診は5/29
5/29　抜糸のため受診、状態悪化するようであれば再度受診の指示あり。今回の受診で終了
速報提出後からの経過を記載してください。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">家族等への報告</td><td>報告した家族等の続柄</td><td colspan="7">☐ 配偶者　　■ 子、子の配偶者　　☐ その他（　　）</td></tr>
<tr><td>報告年月日</td><td>西暦</td><td>2023</td><td>年</td><td>5</td><td>月</td><td>5</td><td>日</td></tr>
<tr><td>連絡した関係機関
(連絡した場合のみ)</td><td colspan="8">☐ 他の自治体　　☐ 警察　　☐ その他
自治体名（　　）　　警察署名（　　）　　名称（　　）</td></tr>
<tr><td>本人、家族、関係先等への追加対応予定</td><td colspan="8">5/8KPから事故発生時の状況について説明を求められた。十分に説明し、納得を得られたため、家族等トラブルなし</td></tr>
<tr><td colspan="2">7 事故の原因分析
（本人要因、職員要因、環境要因の分析）</td><td colspan="8">（できるだけ具体的に記載すること）
トイレへ行こうと起床し、歩行した際にふらつき転倒した。
また、床に敷いてあったマットがめくれている箇所があり、躓いた可能性もある。</td></tr>
<tr><td colspan="2">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）</td><td colspan="8">（できるだけ具体的に記載すること）
・歩行器導入。5/27　本人居室にてシミュレーション実施、ベッドからトイレの導線を確保した。
・ナースコール、見守りセンサーの設置。
・全入居者に対して、マットのめくれ等、転倒リスクにつながるものがないか点検する。
・職員への介護研修で事例として共有する。
再発防止策は、組織として十分な検討を行った上、実施する内容を具体的に記載してください。</td></tr>
<tr><td colspan="2">9 その他
特記すべき事項</td><td colspan="8">生活相談員　□□　□□
048-123-4567
事故経過の詳細が分かる方の名前と連絡先を記載してください。</td></tr>
</table>