

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2023/5/7
 のように入力

第1報 第____報 最終報告

提出日：西暦 2023年5月7日

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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 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	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I II a II b III a III b IV M									
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦	2023	年	5	月	5	日	4	時	5	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 ()										
	事故の種類	<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	04:05 居室内から「ボタン」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	<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"/> 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)	048-000-0000			
	診断名	右足大腿骨遠位端骨折										
	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:右足大腿骨遠位端) <input type="checkbox"/> 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	<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	西曆	2023	年	5	月	5	日			
	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			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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			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、遅くとも発生時点（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。

5/7または2023/5/7
のように入力

第1報
 第__報
 最終報告

提出日：西暦 2023年6月1日

1事故 状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、 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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 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	<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 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									
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦	2023	年	5	月	5	日	4	時	5	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 ()										
	事故の種類	<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	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	<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"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> 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	<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:右足大腿骨遠位端) <input type="checkbox"/> 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	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							
	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	2023	年	5	月	5	日
	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 自治体名 () 警察署名 () 名称 ()							
本人、家族、関係先等への追加対応予定	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								
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)								
	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。								
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)								
	・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。								
9 その他 特記すべき事項	生活相談員 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
	048-123-4567								

速報提出後からの経過を記載してください。

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。

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。