

※ 事故発生から30日以内に提出すること。  
 ※ 緊急な報告を要する事故等の場合は、電話等で速やかに第1報をした後、7日以内に提出すること。

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)死亡日	西暦	年	月	日	
2 事業 所の 概要	法人名	株式会社 はこだて介護サービス				
	事業所(施設)名	介護付き有料老人ホーム はこだて介護				
	種別	特定施設入居者生活介護	事業所番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9		
	所在地	〒 040 - 函館市東雲町99番99号				
	担当者職・氏名	管理者	福祉 はな子	電話番号	00-0000	FAX番号
3 対象 者	氏名	00 00	年齢	85 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	サービス提供開始日	西暦 2021 年 1 月 15 日	保険者	函館市		
	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"/> 要介護1 <input checked="" 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"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 自立	認知症高齢者日常生活自立度	<input checked="" 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"/> V <input type="checkbox"/> M	
4 事故 の 概要	発生日時	西暦 2021 年 4 月 20 日 19 時 50 分頃(24時間表記) <input checked="" type="checkbox"/> 発生 <input type="checkbox"/> 認知				
	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・洗面所 <input checked="" type="checkbox"/> 廊下・階段 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣所 <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"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	事故等の種別	利用者処遇に関するもの		事業者および役員に関するもの		
		<input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 虐待等の不適切処遇 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤飲・誤食・異食 <input type="checkbox"/> 無断外出・行方不明 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 利用者の不法行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 不適切な会計処理 <input type="checkbox"/> 不法行為等 その他報告が必要なもの <input type="checkbox"/> 事件報道等 <input type="checkbox"/> その他必要と認められる場合 <input type="checkbox"/> 不明		
	発生時状況・事故内容の詳細	(枠内に収まらない場合は別紙に記載し添付すること。) 4月20日 19:50 トイレ前廊下で〇〇氏が転倒。居室からトイレに行こうとして転んだとのこと。 翌日21日 10:00 管理者同行で▽△整形外科を受診、左橈骨骨折と診断される。全治2か月。 手術はせずギプスで固定、2週間後に再度受診することとなる。 ※時系列で具体的に記載すること。 ※必要に応じて図面等を添付。				
その他の特記事項						
5 事故 発生 時 の 対応	発生時の対応	(枠内に収まらない場合は別紙に記載し添付すること。) 20日 19:50 〇〇ユニットのほうから音がしたため、〇〇介護職員がそちらへ行くと、トイレ前廊下に横臥している〇〇氏を発見。本人に確認すると、居室からトイレに行こうとして転んだとのこと。 その場で痛みの有無を確認すると左腕に痛みの訴えあり。腫れ・変色なし。 歩行可能でありトイレを済ませていなかったため、慎重にトイレ介助した後居室ベッドに移動し休んでいただく。本人の希望で受傷部位に湿布を貼付し様子を見る。 20:30 ナイトケア時に受傷部位を再度確認すると、腫れあり。〇〇管理者に電話連絡、看護職員が出動したら速やかに報告することおよび主治医に連絡することの指示あり。 21日 9:00~ 〇〇介護職員が出動してきた〇〇看護職員に事故を報告。 〇〇看護職員が全身状態を確認、腫れ増強、患部に熱感あるが発熱はなし。バイタル正常。 9:30 〇〇看護職員が主治医に連絡、骨折の可能性あるため整形外科を受診するよう指示あり。 出勤してきた管理者がキーパーソンの□□氏(長男)に連絡。 10:00 管理者同行で▽△整形外科を受診。				
	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"/> 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	▽△整形外科	連絡先(電話)	99-9999	
	診断名	左橈骨骨折				
	診断内容	<input checked="" type="checkbox"/> 骨折 部位( 左前腕部 橈骨 ) <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 裂傷・擦傷 <input type="checkbox"/> その他の外傷( ) <input type="checkbox"/> その他( )				
	検査・処置等の概要	レントゲン検査で骨折と診断、ギプス固定、1か月後に再度受診予定。				

6 事故発生後の状況	家族等への連絡・説明	家族等氏名	〇〇	続柄	長男	西暦	2021年4月20日9時00分(頃)		
		連絡していない場合の理由							
		説明状況	管理者が電話で第一報を入れ、受診後に再度連絡する旨説明する。11:00に再度連絡し、けがの状況などを説明。「転んでしまったんですね。お世話かけます」との言葉をいただく。当施設と利用者・家族との間には一定の信頼関係があり、損害賠償等の請求はなし。						
	関係機関への連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 函館市 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他( )							
	日時・説明状況等	5月7日付けで事故報告書を提出予定。							
	本人・家族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) ※具体的に記載すること。		<p>(枠内に収まらない場合は別紙に記載し添付すること。)</p> <p>歩行自立の方であり、施設内は比較的自由に移動していただいていた。これまで見守りなしでの歩行にリスクがあるとの評価はしていなかった。</p> <p>19~20時は職員が手薄な時間帯であり、自立歩行の方の見守りは手薄になりがちである。</p> <p>居室にナースコールがあるが、この方の場合、これまで移動の際に職員を呼ぶことはほとんどなく、こちらからもコールするよう声がけ等はしていなかった。</p>							
8 再発防止策 ※具体的に記載すること。		<p>(枠内に収まらない場合は別紙に記載し添付すること。)</p> <p>当該入居者様については、より安全な介護が提供できるよう、完治後に身体状況をアセスメントしなおし、見守り強化などの対策を検討する。</p>							
9 その他特記すべき事項									

※ 報告書提出時に確定していない事項があれば、その旨記載し、別途報告すること。

※ 事故の対応を協議した事故防止委員会等の記録の写しを添付すること。

※ 誤薬事故の場合は、薬事情報を添付すること。

※ 「緊急な報告を要する事故等」は以下のとおり。

ア 利用者の死亡事故

イ 役員・職員の不法行為(虐待, 預り金着服, 横領等)

ウ 利用者等の不法行為

エ 利用者等の失踪, 行方不明(現在も捜査中のもの)

オ テレビ, 新聞等で報道された事案(報道される可能性のある事案を含む。)