

事故報告書

記載例

※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2021年4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	社会福祉法人〇〇〇〇〇〇会										
	事業所(施設)名	特別養護老人ホーム 山口県長寿社会村						事業所番号	1234567			
	サービス種別	介護老人福祉施設										
	所在地	山口市滝町1番1号										
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名	山口 一郎			年齢	91		性別:	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	サービス提供開始日	西暦	2020	年	4	月	1	日	保険者	〇〇市		
	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 type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦	2021	年	4	月	1	日	18	時	0	分頃(24時間表記)
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input checked="" 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	夕食を共同生活室で食事中、食事終了後、立ち上がる際にバランスを崩し誤って転倒。										
	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	4/1 18:10 〇〇消防署へ救急車の要請、看護師による応急措置 4/1 18:30 〇〇医院に受診、〇〇と診断され、手術後、入院となる。 4/1 19:00 県、市の関係機関及び身元引受人へ連絡 ○対応者:介護職員 山口 花子 ○事故発生現場における職員の所在の有無(<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (有の場合 <input checked="" type="checkbox"/> 直接介護中 <input type="checkbox"/> 直接介護中以外) ※直接介護中とは、事故の対象者に介護中であることをいう。										
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> (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	〇〇医院					連絡先(電話番号)	083-〇〇〇-〇〇〇〇			
	診断名	左大腿骨頸部骨折										
	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:左大腿骨頸部) <input type="checkbox"/> その他()										
	検査、処置等の概要	〇〇と診断され、手術後、入院										

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況	頭部から出血あり。看護師によるバイタルチェック異常なし。										
	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	2021	年	4	月	1	日			
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input checked="" type="checkbox"/> 他の自治体			<input type="checkbox"/> 警察			<input checked="" type="checkbox"/> その他				
本人、家族、関係先等 への追加対応予定	事故状況と施設の対応を説明し、了承された。トラブル等はなし。施設では、損害賠償保険による見舞金を支給予定。 <input type="checkbox"/> 損害賠償予定 (<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)											
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) 日常時においても歩行が不安定であり、介助者が必要であったが、職員が食事の提供を行っており、見守りや介助ができていなかったことによる。										
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) 食事中的介護職員を増員するため、職員の勤務時間の見直しやパート職員の採用を行うこととする。また、食事中的見守り強化のため、当日のユニットリーダーが見守りリーダーとして、入所者の行動を見守ることとした。										
9 その他 特記すべき事項												

報告書作成者(職氏名): 生活相談員 山口 太郎

連絡先: 083-000-0000

◆事故報告書の記載について

- 報告案件について
入所者が死亡、重体、重傷(7日以上入院)の場合、又は火災、事故、入所者失踪など消防又は警察機関に要請を行った場合に報告してください。
- 記載方法について
記載例を参考にされ、具体的に記載してください。
- 報告の方法について
ファックスで報告してください。