

# 事故報告書 (事業者→香川市)

※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日以内に提出すること  
 ※最終報告は、事故発生後原則2週間以内に市町へ提出すること  
 ※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報で最終報告まで行う場合は、第1報と最終報告の両方を■にする。その後追加で報告がある場合は、追加情報を記載し、報告する。

担当者職・氏名：生活相談員 香川太郎

提出日：西暦 20△△年 △月 △日

第1報
  第\_\_報
  最終報告

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 かいご										
	事業所(施設)名	ほけん						事業所番号	12345			
	サービス種別	介護老人福祉施設										
	所在地	香川市4110						電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
3対象者	氏名・年齢・ 生年月日・性別	氏名	香川 花子		年齢	88	生年月日	19〇〇/〇/〇	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性		
	サービス提供開始日	西暦	2019	年	4	月	12	日	保険者	ちょうじゅ市		
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 香川市4丁目1番10号 )										
	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 不明									
4事故の概要	発生日時	西暦	2023	年	2	月	1	日	23	時	30	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 ( )										
	事故の種別	<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) <input type="checkbox"/> 職員の不祥事・法令違反、虐待										
	発生時状況、事故内容の詳細	22:00 巡回時は既に眠られており消灯した。 23:30 居室より物音が聞こえ、訪室。ベッド横で尻もちをついたような体位で転倒しているのを発見。 本人が「トイレに行こうとしたらスリッパを履き損ねて滑り転んだ。歩行器は使わなかった」と言われる。										
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	23:30 発見後すぐに他の職員に連絡し、ベッドに移動。バイタル測定実施(熱36.8℃、脈72、血圧138/70、SpO2 97%)。右大腿部～股関節にかけて痛みの訴え軽度あり。 23:40 看護職員に電話連絡。患部の安静保持とクーリングの指示あり。 2/2 0:10 看護職員が出動し状態確認、右股関節の腫脹が見られ、骨折の可能性が大きい。 0:15 看護職員が嚥下医に連絡し、朝に受診するように指示あり。 8:00 看護職員が長男へ電話連絡し状況説明。〇〇病院を受診する。										
	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	〇〇病院				連絡先(電話番号)	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
	診断名	右大腿骨頸部骨折										
	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： 右大腿骨 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )										
検査、処置等の概要	レントゲン検査実施。骨折判明しそのまま入院。2月4日手術											

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況	右大腿骨頸部骨折のため、2月4日手術施行。術後の経過は良好であるが、入院により認知症状が悪化している。						
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者		<input checked="" type="checkbox"/> 子、子の配偶者		<input type="checkbox"/> その他 ( )	
		報告年月日	西暦	2023	年	2	月	2
	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 type="checkbox"/> その他		
本人、家族、関係先等への追加対応予定	子(〇〇)から詳細な事故の状況についての説明を求められているため、再度説明予定。損害賠償等の状況は未交渉。							
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)						
	本人要因	歩行器使用し自立していたが、最近歩行時のフラツキが見られていた。また歩行器を使わずに歩いている時もあった。室内ではスリッパを履いていた。夜間ナースコールを押してもらい、トイレへ付き添っていたが、職員に遠慮してコールを押さなかったようである。						
	職員要因	「トイレへ行く時はコールを押してくれるだろう」というリスクに対する意識の薄れがあった。						
	環境要因	居室は電気を点けておらず暗かった。歩行器がベッドから1m程離れたところに置いてあった。ベッドサイドや居室内トイレまでの間に手すりは設置していなかった。						
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)						
		居室での歩行器の設置場所を確認し、ベッドに近づける等本人の近くに置くようにする。 見守りが必要な入所者の排泄パターンを把握し、早めにトイレ誘導の声をかけを行う。 歩行器歩行をしている入所者の居室の見直しや環境整備の実施。 スリッパを使用している入所者とその家族に転倒リスクについて説明し、滑りにくい履物に変更する。 歩行時フラツキが見られる等、下肢機能の低下が伺える入所者について職員間で情報共有し、機能訓練内容を見直し実施する。 夜間は居室の常夜灯をつける。 【評価時期・結果】 3/1 ユニット毎に週1回カンファレンスを行い、下肢機能の低下がある入所者、見守りが必要な入所者の情報を確認、共有している。また見守りが必要な入所者にはそれぞれの排泄パターンの情報を確認、共有し、排泄パターンに応じてトイレ誘導を行っている。						
9 その他 特記すべき事項								

市町記載欄 ※事業者は記入しないこと

受付No	受付年月日