

# 事故報告書

※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

提出日：西暦20●●年●月●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	株式会社 ●●											
	事業所(施設)名	●●ホーム						事業所番号					
	サービス種別	有料老人ホーム											
	所在地	太田市●●町1-1-1											
3対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名	●● ●●			年齢	85		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性			
	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									
4事 故 の 概 要	発生日時	西暦	2021		年	5	月	31	日	13	時	40	分頃(24時間表記)
	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 <input type="checkbox"/> 廊下 <input checked="" 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)											
	発生時状況、事故内容の詳細	食堂にて昼食後、居室に帰る際に、食堂機の脚に接触し、車いすより転倒した。											
	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	転倒時、右腕を強く打ち、本人より強い痛みの訴えがあったため、職員が付き添って医療機関を受診。											
	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"/> 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)	●●●●-●●-●●●●				
	診断名	右上腕部骨折											
	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： 右上腕部 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )											
検査、処置等の概要	入院となる。												

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況	6月20日に●●病院を退院し、現在当施設に戻り、施設から通院中である。 家族（長女）へは、退院後の施設での対応方法や再発防止策等を説明し、了承していただいた。									
	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	5	月	31	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 type="checkbox"/> その他 自治体名（ 太田市 ）     警察署名（     ）     名称（     ）									
本人、家族、関係先等への追加対応予定											
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)  ・食堂設置の机同士の間隔がやや狭かったため、移動時に机の脚に接触してしまった。 ・職員は周辺にいたが、他の入所者の食事介助中であったため、移動介助が間に合わず自走をはじめってしまった。									
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)  職員は食事介助中であっても他の利用者の様子に目配りをしていく。介助が必要な利用者が動き出したときには必ず利用者のそばにより声をかけをすることとした。職員の見守りや介助が行いやすいよう機の配置及び利用者の座席を一部変更した。食堂の机同士の間隔を広げ車いすでの移動が行いやすく配慮した。									
9 その他 特記すべき事項		損害賠償の予定なし									