

介護保険事業者等事故報告書

第1報 第(2 報) 最終報告

福山市長 様
(介護保険課)

記載例

提出日: 2021年8月13日
報告者名: 介護保険課
電話番号: 083-941-2111
第1報報告書提出日: 2021年8月13日

第0報について・状況の変化等必要に応じて追加の報告をしてください。7, 8, 9欄については作成次第報告してください。

次により報告します。

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(およそ 30 日) <input type="checkbox"/> 死亡(年月日:) <input type="checkbox"/> その他()
---------	--

2 事業所の概要

事業所・施設等名	<p>・第1報提出時, すでに退院が見込まれている場合は, すべての欄を記入したうえで, <input checked="" type="checkbox"/>第1報<input checked="" type="checkbox"/>最終報告の同時提出が可能です。その場合, 退院後の最終報告再提出は不要です。</p> <p>・長期入院の場合は, 速やかに第1報を提出し, その後状況の変化等必要に応じて追加の報告をしてください。退院(見込みでも可)後, 最終報告を提出してください。</p>
事業所番号※1	
サービス種別	
事業所所在地	

※1 特定施設でない有料老人ホーム, サービス付き高齢者向け住宅, 軽費老人ホーム及び養護老人ホームは空欄でかまいません。

3 対象者

氏名	介 例: 保険証の番号 0000123456 記入 123456	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢	82
被保険者番号※2	9876543211	生年月日	昭和 14 年 8 月 1 日	
保険者※2	<input checked="" type="checkbox"/> 福山市 <input type="checkbox"/> その他(自治体名:)			
サービス提供開始日	西暦 2021 年 4 月 2 日			
利用者の住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他(下欄に住所を記入) 福山市 駅家 町 倉光 丁目 37 番地 1 号 (方書)			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1) <input type="checkbox"/> 自立			
認知症高齢者日常生活自立度※2	<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"/> M			

※2 特定施設でない有料老人ホーム, サービス付き高齢者向け住宅, 軽費老人ホーム及び養護老人ホームであって, 各項目が不明な場合は, 空欄でかまいません。保険者が福山市以外の場合は, 当該保険者に対しても報告してください。

4 事故の概要

発生日時※3	西暦 2021年8月13日 14時 10分頃
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 type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input checked="" 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"/> 転落 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <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"/> 離設 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
発生時状況, 事故内容の詳細	手引き歩行にて脱衣所から洗い場に移動し, 浴室内のイスに掛けてもらおうとしたところ, 床が濡れていたため, 滑って右半身を下にすることで転倒された。
その他特記すべき事項	

※3 24時間表記で記入してください。不明の場合は発見日時を記入してください。

5 事故発生時の対応

発生時の対応	すぐに他のスタッフを呼び、二人体制で脱衣所の長椅子に移動した。外傷は確認できなかったが、本人より「右足が痛い」との訴えがあったため、看護師が確認し、翌日病院を受診することとした。事故発生後すぐに、キーパーソンである長女様に、転倒の状況と病院を受診する事を報告した。	
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）	084-xxxx-xxxx
診断名	右大腿骨転子部骨折	
診断内容	<input type="checkbox"/> 受傷，異常等なし <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： 右大腿骨転子部骨折 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
検査，処置等の概要	一週間後に手術（骨接合術）の予定	

6 事故発生後の状況

利用者の状況	受診後，そのまま入院となった。退院後の老健入所等について検討中。	
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（ ）	
家族等への報告年月日	西暦	
連絡した関係機関※4	他の自警	<p>各事業所・施設から提出された事故報告書は、情報開示請求の対象となり、開示された事故報告書の内容によっては、訴訟にまで発展するケースがあります。丁寧な記載をお願いします。</p> <p>実際に大きなトラブルとなった具体例やその原因</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開示された事故報告書の内容と家族等が受けた説明の内容が異なる。 ・事故報告書が遅れて提出された。または、報告対象となる事故にも関わらず提出がない。 ・事業所の認識と家族等の認識の違い。（事業所は家族に説明し、納得していただいたと感じている。一方、家族は事業所から説明を受けていないまたは説明不足と感じている。） ・普段からの適切な情報把握と記録が出来ていないため、発生した事故について虐待が疑われる。（薬や加齢に伴う表皮剥離や内出血等）
本人，家族，関係先への追加対応予定	その	
損害賠償等の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	

※4 連絡した場合のみ記入してください。

7 事故の原因分析（本人要因，職員要因，環境要因の分析）※5

普段はスタッフ二人で入浴介助を行っていたが、別の業務の対応に追われていたため、今回は一人で介助したところ、支えきれなかった。また、普段は浴室床が濡れていないよう拭かれていたが、今回は濡れたままだった。

※5 できるだけ具体的に記入してください。

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及び結果等）※5

二人体制での入浴介助ができるよう，他の業務と時間をずらす等調整する。床の水の拭き取りを徹底する。

※5 できるだけ具体的に記入してください。

「見守りの強化」等ではなく，事業所内で検討した事故の再発防止策を具体的に記入してください。

9 その他特記すべき事項

■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してください。■最終報告は，事故処理が終了した後，内容を利用者又は家族に説明し確認してもらった上で提出してください。■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してください。■提出方法は，持参，郵送又は電子申請のみです。■FAX又は電子メールによる提出はできません。■電子申請については，本市ホームページから御確認ください。■感染症，食中毒発生の際の報告書は，別様式となります。