

事 故 報 告 書

令和元年 5 月 1 日

施設名	特別養護老人ホーム 山口県長寿社会村 (代表者氏名: ○ ○ ○ ○)			ショートステイ利用者の場合は、その旨記載してください。		
住所	山口市滝町1番1号 (TEL: ×××-×××-××××)					
対応者	介護職員 山口 花子		報告書作成者	生活相談員 山口 太郎		
事故の 対象者	氏名	山口 一郎 (92歳)	生年月日	M・T・S 2. 4. 1生	性別	男
	介護保険被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7				
	要 介 護 度	要介護5	認知症の日常生活自立度	Ⅲ b		
	対象者住所	山口市○○町1番1号 (TEL: 083-933-27××)				
	家族連絡先	氏名: 山口 二郎 (続柄: 弟) ←身元引受人を記載してください。 住所: 防府市○○町1番1号 (TEL: 0835-12-34××)				
事 故 の 概 要	① 事故内容	傷病名: 左大腿骨頸部骨折 ← 診断名を記載してください。				
	② 転 帰	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 受診処置 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	③ 事故発生現場における職員の状況	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言う。				
	④ 発生日時場所	令和元年5月1日 (水) 18時00分頃	場所	共同生活室		
	⑤ 事故発生状況	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。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。救急車到着後、関係医療機関へ搬送した。				
	⑥ 対応状況	5/1 18:10 ○○消防署へ救急車の要請、看護師による応急措置 5/1 18:30 ○○医院に受診、○○と診断され、手術後、入院となる。 5/1 19:00 県、市の関係機関及び身元引受人へ連絡				
家族への対応状況	5/1 19:00 弟 (身元引受人) へ連絡し、○○医院が受診先と伝える。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→損害賠償予定を「有」としてください。				損害賠償予定 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
事故発生の原因(推定含む)	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。					
再発防止に関する対応策等	食事中の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、食事中の見守り強化のため、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。					
関係機関への連絡	消 防 関 係	令和元年5月1日 (水) 18時10分		注) 事故発生に係る第一報を行った連絡日時、該当ない場合は「該当なし」と記載すること		
	警 察 関 係	該当なし				
	県長寿社会課	令和元年5月1日 (水) 19時10分				
	市町担当課	令和元年5月1日 (水) 19時00分				

◆事故報告書の記載について

○報告案件について

- ・死亡、重体、重傷等(一週間程度以上の入院を伴う骨折等を目安とする)の事故
- ・食中毒及び感染症等で法令により保健所等へ通報が義務付けられている事由の事故
- ・従業員の法令違反・不祥事等利用者の処遇に影響があるもの
- ・その他、介護保険事業運営上、保険者に報告する必要があると認められる事故

○発生後、すみやかに、介護保険課に連絡をしてください。

○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。2頁になっても構いません。

○要介護度について

自立、要支援1～2、要介護1～5

○認知症の日常生活自立度について

I、II、II a、II b、III、III a、III b、IV、M

○報告の方法について

ファックスで報告してください。押印は必要ありません。