

有料老人ホーム事故等報告書(記入例)

1 施設概要	施設名	有料老人ホーム〇〇〇		
	(施設の類型)	(<input type="checkbox"/> 介護付 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅型 <input type="checkbox"/> 健康型 <input type="checkbox"/> サ高住)		
	住所	〇〇市〇〇町〇〇〇〇-〇〇		
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇〇	FAX	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇〇
	報告者(職・氏名)	施設長 宮崎 太郎		
2 事故等の対象者	年齢	91 歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	入居年月日	平成30年 9月 20日 ~ 年 月 日(<input checked="" type="checkbox"/> 入居継続中)		
	身体状況等	要介護度等	<input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 自立	
		認知症老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱa <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ	
健康状態(障害、疾病等)				
3 事故等の概要	発生日時	令和元年 10月 5日(土 曜日) 午後 〇〇時 〇〇分 <input type="checkbox"/> 発生 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 発見		
	発生場所	<input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> その他()		
	事故の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 財産侵害(盗難等) <input type="checkbox"/> 無断外出 <input type="checkbox"/> 災害(火災・地震等) <input type="checkbox"/> その他()		
	事故の結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 医療機関受診 <input type="checkbox"/> 通院(期間) <input checked="" type="checkbox"/> 入院(期間 2か月) <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日 死亡原因:)		
	事故の内容	日 時	<small>※発生時の状況や経緯、施設の対応(応急措置、施設内部における報告状況、医療機関への連絡)、搬送状況等を時系列で具体的に記入すること。</small>	
		10/5 17:55	夕食の声かけのため、介護職員が居室を訪れたところ、居室内で倒れている入居者を発見。 バイタル及び外傷の有無をチェックし、左大腿部の発赤を確認。 看護職員に連絡し、応急処置としてアイシング対応の指示を受けたため実施。 18:00 看護職員が到着し、身体状況を確認。左大腿部の腫れを確認。 18:20 看護職員が到着し、身体状況を確認。左大腿部の腫れを確認。 18:30 痛みの訴えが強いため、救急通報。生活相談員、施設長へ連絡。 18:45 救急車が到着し、〇〇病院へ搬送。 19:00 左大腿部頸部骨折と診断され、そのまま入院。	
受診(通院・入院)した医療機関名	〇〇病院			
4 家族への対応	対応の概要	報告・説明日	令和元年 10月 5日(土 曜日) 18時40分頃	
		相手方(続柄)	入居者の娘	
	報告・説明内容	電話で事故状況及び受診結果を説明し、謝罪。 10月6日、〇〇病院で改めて説明し、謝罪。		
	家族の様子	<input checked="" type="checkbox"/> 納得している <input type="checkbox"/> 納得していない(内容)		
損害賠償等の状況	<input type="checkbox"/> 有(予定を含む。) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定			
5 事故等の再発防止	事故等の原因	・入居者に確認したところ、食事前にトイレに行っておこうと思い、ベッドから立ち上がろうとしてふらつき、転倒したとのこと。 ・最近、立ち上がり時や自立歩行中にふらつくことが多くなっていたため、トイレ等の移動の際にはナースコールを押してもらおうようお願いしていたが、すぐにトイレに行きたかったこともあり、ナースコールを押さず、体勢も不安定なまま立ち上がろうとしたため、転倒したものと考えられる。 ・施設側の原因として、入居者の身体機能の低下に基づく事故の可能性と事故防止策について、検討が不十分であった。		
	再発防止策(具体的に記載)	・ナースコールの活用について繰り返し説明する。 ・トイレ誘導の頻度を増やす。 ・センサーマットを導入する。 ・日頃から、入居者の身体機能の変化に注意し、事故の可能性と防止策を検討しておく。 ・今回の事故概要や今後の入居者の対応について、職員に周知を図る。		

※ 該当する□に✓を記入すること。

※ 本報告書は、原則、事故発生時と再発防止策検討後の2回に分けて提出すること。再発防止策の検討を待つて事故報告が遅れないようにすること。