

事故発生報告書【死亡・重症・虐待（含む疑い）】（第1報）

該当項目を○で囲むこと

〇〇年〇〇月〇〇日

（あて先） 各務原市役所

【発生（発見）時から24時間以内に報告】

法人名 社会福祉法人〇〇会

施設名 〇〇施設

施設長（代表者）名 各務原 太郎

事業所	サービス種類	認知症対応型共同生活介護		記載者職・氏名	施設長 各務原 太郎
	所在地	那加桜町1-69		電話番号	058-383-2067
対象者	氏名	各務原 花子 男・ 女			
	生年月日	明・大 昭 〇年〇〇月〇〇日（〇〇歳）			
	要介護度	要支援（ ）	・ 要介護 （ 3 ）	保険者名	
事故の概要	発生日時	〇〇年 〇〇月 〇〇日（ ） 午前・午後 〇〇時 〇〇分			
	対象者の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 死亡（死亡日時：〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇時〇〇分） <input type="checkbox"/> 虐待（疑いを含む） <input type="checkbox"/> 入院（入院日： 年 月 日 退院見込： 頃） <input type="checkbox"/> 入院外			
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input checked="" type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> トイレ <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（ ）			
	事故の原因	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 介護中の負荷 <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 殴打 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	事故の程度	<input type="checkbox"/> 骨折（部位： ） <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼（部位： ） <input type="checkbox"/> 外傷（ ） <input checked="" type="checkbox"/> その他（ ）			
	事故の発生状況	<input checked="" type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の目視可能 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	事故等の概要 <small>（経緯や対応状況について時系列で記入して下さい）</small>	日時	対応状況		
	12/1 12:00	通常どおり食事をされている。			
	12:30	顔色が悪く苦しようにされていたため、看護師職員を呼ぶ。			
	12:35	看護職員により、状況を確認。すぐに吸引を行う。			
	13:00	吸引を行うが、改善されないため、救急車を要請し、家族に連絡をする。			
	13:20	救急車到着			
	13:40	病院到着			
	14:10	救命措置を講ずるが、死亡が確認される。			
対応概要	報告状況 <small>（該当する項目のみ記入してください）</small>	報告先	報告日時	報告先	報告日時
		医師	(12/1) 〇〇:△△	市町村	(12/1) 〇〇:△△
		管理者	(12/1) 〇〇:△△	警察	(12/1) 〇〇:△△
		担当ケアマネ	(12/1) 〇〇:△△	その他（ ）	(/) :
	家族等	(12/1) 〇〇:△△			
緊急搬送の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有（連絡日時〇〇年〇〇月〇〇日〇〇時〇〇分） （搬送日時〇〇年〇〇月〇〇日〇〇時〇〇分） （搬送先：〇〇病院）（診断結果：誤嚥による窒息死） <input type="checkbox"/> 無				
家族への説明	説明状況、内容	すぐに家族へ報告。施設長から説明謝罪。			
	家族の意見、指摘等	こちらの説明・謝罪を受け入れてくださり、ご家族とのトラブルには至ってない。			

事故発生報告書【死亡・重症・虐待（含む疑い）】（第2報）

該当項目を○で囲むこと

〇〇年〇〇月〇〇日

（あて先） 各務原市役所

法人名 社会福祉法人〇〇会

施設名 〇〇施設

施設長（代表者）名 各務原 太郎

事業所	サービス種類	認知症対応型共同生活介護		記載者職・氏名	施設長 各務原 太郎
	所在地	那加桜町1-69		電話番号	058-383-2067
対象者	氏名	各務原 花子 男・ 女			
	発生日時	〇〇年 〇〇月〇〇日（ ）	午前	午後	〇〇時 〇〇分
	第1報報告日	〇〇年 〇〇月〇〇日（ ）	午前	午後	〇〇時 〇〇分
事故防止委員会	開催日時	年 月 日（ ）			
	参加人数・職種	人	職種		
事故対応	利用者の状況	隣で食事をされていた利用者から、様子がおかしいと言われたため、確認する。すぐに看護職員を呼び、吸引及びタッピングを行うが、状況が改善されないため、救急車を要請し、家族に連絡をする。 20分後に救急車到着。その後20分で病院到着。病院にて救命措置を講ずるが、死亡が確認される。			
	家族への対応	ご家族には、救急車要請と同時に連絡をし、これまでの状況を報告。こちらの説明・謝罪を受け入れてくださり、その後、ご家族とのトラブルには至っていない。			
	損害賠償	<input type="checkbox"/> 有（予定を含む） <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定			
再発防止策	事故の原因	嚥下機能の低下が見られる方で、嚥下についてはサービス計画にも位置づけており、日頃から誤嚥には気を付けていた。担当職員が他の利用者対応にあたっており、職員の目が届かない状態で一度に多く摂取したことが誤嚥の原因と考えられる。			
	利用者個人への対応				
	事業所全体での対応策	食事について自立されている方についても注意深く見守りを行う。特に利用者の日々の体調の変化に注意し、体調がすぐれない利用者について声掛けの上、隣に付き添う形で見守り・介助を行う。職員に対しては申し送り手順等を再度周知する。			

* 発生後、1週間以内に第2報を報告すること。

*（岐阜県所管施設のみ）事故防止委員会の議事録を添付すること。

費用負担の状況 （各務原市内の介護施設等のみ）	利用者負担 ・事業所負担・保険（事業所責任あり）・保険（事業所責任なし）・費用負担なし
----------------------------	--

事故等発生報告書

〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 各務原市役所

法人名 社会福祉法人〇〇会
 施設名 〇〇施設
 施設長(代表者)名 各務原 太郎

事業所	サービス種類	認知症対応型共同生活介護		記載者職・氏名	施設長 各務原 太郎
	所在地	那加桜町1-69		電話番号	058-383-2067
対象者	氏名	各務原 花子 男・ 女			
	生年月日	明・大・ 昭 〇年〇〇月〇〇日(〇〇歳)			
	要介護度	要支援()	・	要介護 (3)	保険者名
事故概要	発生日時	〇〇年 〇〇月 〇〇日()		午前・午後	〇〇時 〇〇分
	対象者の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 入院(入院日: 〇〇年〇〇月〇〇日 退院見込: 頃) <input type="checkbox"/> 入院外			
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input checked="" type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> トイレ <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()			
	事故の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 介護中の負荷 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 殴打 <input type="checkbox"/> その他()			
	事故の程度	<input checked="" type="checkbox"/> 骨折(部位: 右膝蓋骨骨折) <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼(部位:) <input type="checkbox"/> 外傷() <input type="checkbox"/> その他()			
	事故の発生状況	<input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input checked="" type="checkbox"/> 職員の目視可能 <input type="checkbox"/> その他()			
	事故等の概要 (経緯や対応状況について時系列で記入して下さい)	日時	対応状況		
	12/1 12:30	昼食後、居室に戻る際にふらつきがあり、職員が駆けつけるが間に合わずそのまま前方に転倒。			
	13:00	看護職員によるバイタルチェック、応急処置としてアイシング対応。			
	13:10	痛みの訴えが強いため、協力医療機関に連絡。救急搬送の指示を受ける。			
	13:20	転倒により救急搬送させていただき旨を家族に連絡。			
	13:25	救急車が到着し、〇〇病院へ搬送となる。			
	13:30	右膝蓋骨骨折と診断され、そのまま入院となる。			
対応概要	報告状況 (該当する項目のみ記入してください)	報告先	報告日時	報告先	報告日時
		医師	(12/1) 〇〇:△△	市町村	
		管理者	(12/1) 〇〇:△△	警察	(12/1) 〇〇:△△
		担当ケアマネ	(12/1) 〇〇:△△	その他()	(/) :
		家族等	(12/1) 〇〇:△△		
緊急搬送の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(連絡日時 〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇時 〇〇分) (搬送日時 〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇時 〇〇分) (搬送先: 〇〇病院) (診断結果: 右手首、右膝蓋骨骨折) <input type="checkbox"/> 無				
家族への説明	説明状況、内容	事故状況と受診結果をお伝えし、謝罪。後日改めてご説明に伺い、謝罪。			
	家族の意見、指摘等	こちらの説明・謝罪を受け入れてくださり、その後、ご家族とのトラブルには至っていない。			
再発防止策	自立されている方についても注意深く見守りを行う。特に利用者の日々の体調の変化に注意し、体調がすぐれない利用者について声掛けの上、隣に付き添う形で見守り・介助を行う。職員に対しては申し送り手順等を再度周知する。				
今後の対応予定	退院後は再入所の予定。今後の対応としては見守りを重視していく。				
損害賠償	<input type="checkbox"/> 有(予定を含む) <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 未定				
費用負担の状況 (各務原市内の介護施設等のみ)	利用者負担 事業所負担・保険(事業所責任あり)・保険(事業所責任なし)・費用負担なし				