

(様式1) 事故報告書 (事業者→堺市)

(別紙)

※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

記入例

 第1報 第____報 最終報告

提出日：西暦 2025年11月1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	西暦		年		月		日				
2 事 業 所 の 概 要	法人名	社会福祉法人○○○										
	事業所(施設)名	特別養護老人ホーム○○○						事業所番号	277010XXXX			
	サービス種別	介護老人福祉施設										
	所在地	堺市○区○○1-1-1										
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名	堺 花子			年齢	90		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性		
	サービス提供開始日	西暦	2025	年	4	月	1	日	保険者	堺市		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ		<input type="checkbox"/> その他()								
	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 checked="" type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5	自立
		認知症高齢者 日常生活自立度			<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input checked="" type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	
	4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦	2025	年	10	月	30	日	18	時	30 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"/> 誤薬、与薬もれ等			<input type="checkbox"/> 不明				
		<input type="checkbox"/> 転落			<input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)			<input type="checkbox"/> その他()				
	<input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息											
発生時状況、事故内容の詳細	事故発生・発見時の状況を記入してください。事故が目撃されていればその状況を、転倒等が目撲されていなければ発見時の状況を記入し、事故内容の詳細を記入してください。 例：10月30日18時30分 夕食後、本氏が車いすから立ち上がり左側臥位に転倒。 介護職員が立ち上がりに気付き、駆け寄ったが間に合わなかった。頭部及び左半身の痛みの訴えあり。											
	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	事故発生を発見した職員から、誰に(看護師、施設長、宿直者、医師等)、いつ(事故直後、出勤時等)連絡・報告したのか、受診等の指示を誰が出したのか、また受診や救急要請の時間等を簡潔に記入してください。 例：10月30日18時31分 看護師に応援要請。看護師がバイタル及び外傷確認し、頭部打撲のため救急要請。 同時にキーパーソンに連絡し、搬送先で合流するよう依頼。 19時10分 搬送先でCT、レントゲン撮影され頭部異常なし、左大腿骨頸部骨折と診断されバンド固定され入院。									
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応			<input type="checkbox"/> 受診 (外来・往診)		<input checked="" 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)		072-228-XXXX				
	診断名	左大腿骨頸部骨折										
	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: 左大腿骨頸部骨折)				
	検査、処置等の概要	CT検査、レントゲン撮影										

6 事 故 發 生 後 の 状 況	利用者の状況	当該利用者の事故後の状況を入力してください。特に、利用者本人から事故の状況や原因等の説明があった場合は詳細に記入してください。 例：事故直後は興奮した様子であった。本氏、立ち上がり時に滑ったと話す。病院搬送後は落ち着いて過ごされているとのこと。								
	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	2025	年	10	月	30	日	
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体			<input type="checkbox"/> 警察			<input type="checkbox"/> その他		
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定	当該利用者家族等とのトラブルがあればこの欄に記入してください。それ以外でも、追加対応があれば記入してください。								
	(独自項目追加欄)									
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)									
	本人、職員、環境それぞれの要因を分析し、詳細に記入してください。 特に、介護ミスの有無は施設内で確認して記入してください。									
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および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)									
	7の事故の原因分析を受けて、再発防止策を施設内で検討し、内容を具体的に記入してください。 「見守りを強化する」「職員へ周知する」等の具体性のない対策では、不十分とみなし再検討を促す場合があります。									
9 その他 特記すべき事項										

記入者名：介護 太郎

記入者役職：管理者

連絡先：072-228-XXXX