

社会福祉施設等事故報告書（介護保険サービス用）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 前橋市長

法人名称 社会福祉法人 前橋会
代表者 理事長 赤城 太郎

次のとおり事故等が発生しましたので報告します。

事業所名 (施設名)	特別養護老人ホーム 前橋園	サービス種別 (施設種別)	介護老人福祉施設	
事業所在地	前橋市大手町二丁目12-1	電話番号	027-000-0000	
		FAX	027-△△△-△△△△	
管理者氏名 (施設長)	榛名 一郎	記載者職氏名	相談員 妙義 二郎	
事故対象者	氏名	利根川 花子	被保険者番号	0000123456
	生年月日	昭和18年1月1日	年齢・性別	81歳 (男・女)
	住所	前橋市日吉町二丁目17-10	介護度	要介護3
事故の概要	発生日時	令和〇〇年〇〇月〇〇日(〇曜日) 23時30分頃		
	発生場所	利用者の居室		
	事故の種別 (該当項目を印)	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者の負傷・死亡等 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事等 <input type="checkbox"/> 利用者の法令違反・不祥事等 <input type="checkbox"/> 食中毒・感染症 <input type="checkbox"/> 利用者の行方不明 <input type="checkbox"/> 天災等による施設損壊 <input type="checkbox"/> その他()		
	事故の内容 (発見までの経緯、概要、対象者の状況、原因など)	〇月〇〇日23時30分頃、利用者の居室から大きな音がしたため夜勤の職員が駆け付けると、居室内のベッド脇に、利用者が左側を下に横たわった状態を発見した。押し車がベッドから離れた居室中央部にあり、ブレーキが掛かっている状態。衣服内に失禁あり。意識清明で声掛けに反応あり、左大腿部を痛がるためベッド臥床させる。 認知があり普段から押し車歩行の人で歩行不安定な人。本人は「トイレに行こうとしてころんだ」と言う。夜間トイレに起きて、ベッドから立ち上がり、暗い中で押し車に掴まろうとしてバランスを崩し転倒した様子。		
事故時の対応	治療・処置の概要 (応急処置、受診日時、搬送手段、医療機関名、診断名、処置内容など)	ベッド臥床後にバイタル測定。体温36.5度、血圧125/85、脈拍65で安定した状態。看護師へ連絡しシップ対応でベッド安静とし、様子観察を行う。同時に家族へ連絡。翌〇月〇〇日、7時の起床介助時も痛みを訴えるため、看護師が確認し骨折を疑う。9時嘱託医(〇〇医院)へ上申し整形外科を受診指示あり。 家族連絡後、10時に施設車両で△△整形外科を受診し、レントゲン撮影とMRIで左大腿骨頸部骨折の診断が出る。家族合流。 医師からは手術適用との診断で□□病院を紹介され、続いて搬送し入院となる。		
	家族・関係機関への連絡	発見時に第一報を連絡。△△整形外科受診前に再度連絡し、診察時に合流する。 〇月〇〇日、前橋市介護保険課へ電話連絡。		
事故後の対応	利用者の状況 (病状、入院、手術、リハビリなど)	□□病院入院後、本人の年齢や状態を考慮し、家族と医師が協議して保存的治療となる。入院後の経過は順調で、□月下旬からリハビリ開始し、入院期間は2か月程度の予定。		
	家族への報告・説明状況	電話連絡時に状況報告を行い、△△整形外科で詳細に説明し、謝罪する。		
	損害賠償等の状況	適用なし。		
再発防止に向けての今後の取り組み	職員の定例会議にて報告し情報共有する。 部屋の明るさの調整や転落防止マット、センサーの設置を検討する。			

※事故及び重大な問題が発生した場合は、本様式作成を待たずに、直ちに電話等により市へ連絡してください。

※事故について詳細な記録、図及び参考となる資料がある場合には、併せて添付してください。

※本様式は標準様式です。同様の内容が記載されている他の様式で報告しても構いません。

※記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張するか、別紙に記載してください。