

事故報告書 (事業者→●●福祉事務所)

※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

第1報
 第__報
 最終報告

提出日：西暦 2024 年 3 月 3 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 type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦	2024	年	3	月	2	日				
2 事 業 所 の 概 要	法人名	社会福祉法人○○会										
	事業所(施設)名	特別養護老人ホーム●●の郷						事業所番号	117*****			
	サービス種別	介護老人福祉施設										
	所在地	埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1										
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名	熊谷 次郎			年齢	94		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	サービス提供開始日	西暦	2022	年	4	月	22	日	保険者	さいたま市		
	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 type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立									
		認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦	2024	年	3	月	2	日	12	時	5	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 type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 医療処置関連(チューブ抜去等)										
	発生時状況、事故内容の詳細	11:45 共同生活室の食事の席に座り、配膳される。 12:05 うつむいている熊谷さんを介護職員が発見し、看護職員へ応援依頼。 心臓マッサージ、AED、タッピング、吸引等実施。緊急搬送を依頼。 12:10 病院へ緊急搬送。家族へも連絡。 12:30 病院にて死亡確認。医師から死因について窒息と説明がある。 15:00 △△警察署来所。検視が行われるも、事件性なしとのこと。										
	その他 特記すべき事項	家族には事故時の状況説明をし、理解いただいた。 食事は自力摂取。主菜のみ一口大にカットし提供していた。										

5 事故発生時の対応	発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・窒息事故発見時にマニュアル通りの処置と緊急搬送要請。 ・家族へは緊急搬送要請時に連絡済。 										
	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)	048-***.****					
	診断名	窒息										
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷			<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼			<input type="checkbox"/> 骨折(部位: 右足大腿骨)				<input type="checkbox"/> その他 ()
	検査、処置等の概要	CT検査										
6 事故発生後の状況	利用者の状況	食事は自力摂取であり、嚥下状態も悪くなかったが、当日は頓眠気味であった。										
	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	2024	年	3	月	2	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 checked="" 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	自治体名 () 警察署名 (△△警察署) 名称 ()											
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)											
	CT検査の結果、食道の上の方に多量の残渣物があり、朝食時の物が逆流していた可能性がある。 また、ここ2週間、むせ込む様子も見られたため、食事形態の変更を検討すべきだった。											
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)											
	<ul style="list-style-type: none"> ・食事介助前に覚醒状況の確認を行い、状態が優れない場合は食事の時間帯をずらす等の対応をする。 ・嚥下の状況は細かく確認し、むせ込みや飲み込みが上手くいかない等の変化が見られた際には、看護職員、管理栄養士らと連携して食事形態の変更を検討する。 											
9 その他 特記すべき事項												