

事故報告書（事業者→八王子市）

☒ 第1報

☐ 第__報

☐ 最終報告

提出日：2025年10月01日

1 事故状況	事故状況の程度	☒ 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 ☒ 入院 ☐ 死亡 ☐ その他 ()						
	死亡に至った場合 死亡年月日	____年__月__日						
2 事業所の概要	法人名	社会福祉法人美園会						
	事業所(施設)名	特別養護老人ホーム絹の道			事業所番号	1372900439		
	サービス種別	介護老人福祉施設						
	所在地	東京都八王子市鎌水94番地			電話番号	042-674-8200		
3 対象者	氏名・年齢・性別	氏名	㏽𐄂𐄂 𐄂𐄂𐄂		年齢	90	性別	女
		武内 和江						
	サービス提供開始日	2023年03月26日		保険者	八王子市		被保険者番号	0040622810
	住所	☒ 事業所住所と同じ ☐ その他 ()						
	身体状況	要介護度	要介護 4		認知症高齢者 日常生活自立度	Ⅲa		
4 事故の概要	発生日時	2025年09月19日 12:50 分頃（24時間表記）						
	発生場所	食堂			事故の種別	転倒		
	発生時状況・ 事故内容の詳細	本日は普通に比べお食事を食べ始めも食べ終えるのも遅かった。下膳後、職員が食堂を訪れると、座り込む様な体勢で転倒されている。両手を床について両下肢を投げ出すような姿勢をされている。食堂に滞在していたもう一人利用者の方がすぐ近くで転倒されたのを目撃しておられた様子。（頭は打っていないと思うが転んでしまった、と話される。）						
	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	意識、返答はしっかりしているがやや興奮され痛みがどこかになる様子。ナース連絡にて、痛みに留意しながら立ち上がりを試みるも立ち上がることができない。その後ナース立ち会いにて車椅子で全介助移動し居室で臥床頂く。認知症状ある為、痛みの詳細は不確定だが全身ボディチェックにて、右太もも周辺に痛みが強くある様子。安静にて様子観察の指示あり。						
	受診方法	☐ 施設内の医師(配置医含む)が対応 ☒ 受診(外来・往診) ☐ 救急搬送 ☐ その他 ()						
	受診先	医療機関名	清智会病院		連絡先(電話番号)	042-624-5111		
	診断名	右大腿部転子部骨折						
	診断内容	☐ 切傷・擦過傷 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☒ 骨折 部位:() ☐ その他 ()						
	検査・処置等の概要	9/22に検査、9月24日（水）午後手術、10月4.6.日辺りで退院予定。						

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況	入院中。大転子部の骨折は痛みが大変強い部位とのこと、受診前にベッドで過ごしておられた時にも患部を動かすとかなり痛がる様子があった。						
	家族への報告	報告した家族等の続柄	☐ 配偶者 ☐ 子,子の配偶者 ☒ その他(姪)			報告年月日	2025年09月19日	
	連絡した関係機関(連絡した場合のみ)	☐ 他の自治体 ☐ 警察 ☐ その他 自治体名:() 警察署名:() 名称:()						
	本人、家族、関係先等への追加対応予定							
	家族のコメント・反応等	転倒の経緯説明行い施設の対応について理解を示される。また、受診の際は施設職員と共にご家族も付き添われる。						
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、 環境要因の分析)		(できるだけ詳しく記載すること) 既往として重度の認知症状があるが、それに対し身体的には自立度が高く、日頃は自立歩行され、お食事を含め行動全般においても自由に行動しておられた。円背があり前傾強く歩行が安定しているとは言えないが、自身のペースで掴まりながら歩いたり疲れたら座り込んで休むような過ごし方をされていた。事故の前夜間帯に不眠であったと報告があった。事故当日は午前中より傾眠観られており、普段であれば昼食は比較的早く食べ終え食堂から出てソファなどに誘導されている事が多いが、当日は食事が終わらなかった為、利用者2名のみが食堂に残って召し上がっていた。職員も食堂を離れている時間があり、見守りのない間に事故が発生してしまった。睡眠不足であるという情報がありながら、食堂で見守りしない時間帯を作ってしまった。						
		(できるだけ詳しく記載すること) 食堂に残っている利用者様を職員同士で声を掛けあい確認を行う。 歩行状態が普段と違う場合は、見守りを行うか、見守り出来る場所へ誘導する。 職員が離れても見守りが出来るよう、食堂にカメラを設置し、カメラにて確認を行う。 疲労感ある際は、ソファーやベッドへ誘導し、休んで頂く。						
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)								
9 そ の 他	特記すべき事項							
	損害賠償等の状況	☐ 有り ☒ 無し ☐ 検討中 内容:()						