

# 事故報告書 (事業者→八王子市)

<input checked="" type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第 ___ 報	<input type="checkbox"/> 最終報告
---	----------------------------------	-------------------------------

提出日 : \_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

1 事 故 状 況	事故状況の程度	<input checked="" type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 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	社会福祉法人美薫会						
	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	カヤマ タイオ 若山 次夫		年齢	86	性別	男
	サービス提供開始日	___年___月___日		保険者	新宿区		被保険者番号	0000680256
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )						
	身体状況	要介護度	要介護 3			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10月20日 12:00 分頃 (24時間表記)						
	発生場所	ケアステーション前廊下			事故の種別	転倒		
	発生時状況・ 事故内容の詳細	普段よりお1人で歩かれ、ご自分でベッドにて休まれたり起きられることは可能、発語、意思疎通が上手くできずトイレ希望時等職員を見つけ目で訴えられる様子ありました。朝に血圧が低い為、ご本人様の体調に合わせ食事時間をずらし提供しています。日により歩行時ふらつきが見られるため居室ベッドに見守りセンサーを設置し、作動時職員が訪室し、対応を行っていました。事故当日朝ご自分で起きて来られなかったため8時に早番職員が離床介助、トイレ誘導を行い便器内にて中量の排便確認しています。ふらつきは見られませんでした。朝食を全量召し上がり朝食後臥床し11時頃職員介助にて離床し食堂にて昼食を全量召し上がられる。食後ご自分で立ち上がり廊下を歩かれています。職員がケアステーションにて申し送りを行っている際『ドン』と鈍い音がした為音のした方へ向かうと氏がケアステーション前廊下にて仰向けの状態で転倒されているのを発見する。左額から出血があり、すぐに医務課へ連絡をする。						
その他 特記すべき事項	ケアステーション前に設置してあったカメラを確認すると食堂から歩いて来られた氏が他入居者様の歩行器に足を引っかけてしまい、前のめりになる形で頭(額)から床に転倒されている様子が記録されていました。							
5 事 故 発 生 時 の 対 応	発生時の対応	看護婦到着後左前額部3cm大裂傷から出血ありガーゼにて圧迫止血、意識はしっかりとされており職員の問いかけに頷かれる。タオルケットにて職員4人介助にてリクライニング式車椅子に乗せ移動、止血後は立位取れている。吐気は見られず。						
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input checked="" type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	受診先	医療機関名	菅原脳神経外科		連絡先(電話番号)	042-622-3000		
	診断名	左前額部裂傷						
	診断内容	<input checked="" type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折 部位:( 左前額部 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	検査・処置等の 概要	CT上新たな出血は無し、左前額部4針縫合。						

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況	転倒前とお変わり無い状態まで回復され、10月27日に患部抜糸終了。歩行時ふらつきがみられる為早めにトイレ誘導を行う、職員が付き添う等の対応を行っています。				
	家族への報告	報告した家族等の 続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子,子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他( )		報告年月日	2025年10月20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 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	電話にて長女様へ受診結果の報告。「ご迷惑おかけして申し訳ありません。よろしくお願いしま す。」と。				
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) 普段から早朝の血圧低下、感情、歩行が不安定な様子見られていたが、これまで大きな転倒なく過 ごされていた為、本人様が歩行されている際職員が注意し付き添いを怠っていた事、昼食後入居者 様が多く集まられるケアステーションテレビ前をご本人様が通る際職員が危険に気が付けなかった事、 ケアステーション前ソファーに座られている他入居者様の歩行器やシルバーカーが氏の動線を ふさぐ形になっていたがそのことに気が付き障害物となる歩行器等をどかさなかった職員の不手際 によるもの。					
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)	(できるだけ詳しく記載すること) ①転倒される可能性がある入居者様である事を念頭に置き、食後ご自分で立ち上がる前に職員 が付き添いトイレ誘導、口腔ケアを行い居室ベッドにて休んで頂く。 ②氏の動線となる廊下部分に他入居者様の歩行器やシルバーカーが置かれていた場合速やかに適切 な位置へ動かす。 ③ご自分でベッドから起き上がられた際ご本人様と意思疎通を行い、何がしたいか確認し援助を行 う。					
9 そ の 他	特記すべき事項					
	損害賠償等の 状況	<input type="checkbox"/> 有り 内容:( )	<input checked="" type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 検討中		