

西暦 2025 年 5 月 7 日

※ 事故発生から30日以内に提出すること。

※ 緊急な報告を要する事故等の場合は、電話等で速やかに第1報をした後、7日以内に提出すること。

|                                           |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------|---|---|---|---|---|---|
| 1<br>事故<br>状況                             | 事故状況の程度               | <input checked="" type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で<br>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)死亡日         | 西暦 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
| 2<br>事業<br>所の<br>概要                       | 法 人 名                 | 株式会社 はこだて介護サービス                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
|                                           | 事業所(施設)名              | 介護付き有料老人ホーム はこだて介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
|                                           | 種 別                   | 特定施設入居者生活介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         | 事業所番号                                                                                                                                                    | 9                                                                                                                                                                                                                                                    | 9                                                                | 9       | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
|                                           | 所 在 地                 | 〒 040 - 函館市東雲町99番99号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
|                                           | 担当者職・氏名               | 管理者 ・ 福祉 はな子                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                  |  |  | 電話番号 | 〇〇-〇〇〇〇 |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      | FAX番号                                                            | 〇〇-〇〇〇〇 |   |   |   |   |   |   |
| 3<br>対<br>象<br>者                          | 氏 名                   | 〇〇 〇〇                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                  |  |  | 年 齢  | 85 歳    |                                                                                                                                                          | 性 別                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 |         |   |   |   |   |   |   |
|                                           | サービス提供開始日             | 西暦 2025 年 1 月 15 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                  |  |  | 保険者  | 函館市     |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
|                                           | 住 所                   | <input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
|                                           | 身体状況                  | 要介護<br>度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <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 |  |  |      |         | 認知症高齢<br>者日常生活<br>自立度                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a<br><input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
| 4<br>事<br>故<br>の<br>概<br>要                | 発生日時                  | 西暦 2025 年 4 月 20 日 19 時 50 分頃(24時間表記) <input checked="" type="checkbox"/> 発生 <input type="checkbox"/> 認知                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
|                                           | 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・洗面所 <input checked="" type="checkbox"/> 廊下・階段<br><input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣所 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外<br><input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
|                                           | 事故等の種別                | 利用者処遇に関するもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         | 事業者および役職員に関するもの                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
|                                           |                       | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 虐待等の不適切処遇<br><input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤飲・誤食・異食 <input type="checkbox"/> 無断外出・行方不明<br><input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)<br><input type="checkbox"/> 利用者の不法行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         | <input type="checkbox"/> 不適切な会計処理 <input type="checkbox"/> 不法行為等<br>その他報告が必要なもの<br><input type="checkbox"/> 事件報道等 <input type="checkbox"/> その他必要と認められる場合 |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
|                                           | 発生時状況・<br>事故内容の<br>詳細 | (枠内に収まらない場合は別紙に記載し添付すること。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
|                                           |                       | 4月20日<br>19:50 トイレ前廊下で〇〇氏が転倒。居室からトイレに行こうとして転んだとのこと。<br>翌日21日<br>10:00 管理者同行で▽△整形外科を受診、左橈骨骨折と診断される。全治2か月。<br>手術はせずギプスで固定、2週間後に再度受診することとなる。<br><small>※時系列で具体的に<br/>記載すること。<br/>※必要に応じて図面<br/>等を添付。</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
| その他の<br>特記事項                              |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
| 5<br>事<br>故<br>発<br>生<br>時<br>の<br>対<br>応 | 発生時の対応                | (枠内に収まらない場合は別紙に記載し添付すること。)<br>20日 19:50 〇〇ユニットのほうから音がしたため、〇〇介護職員がそちらへ行くと、トイレ前廊下に横臥している〇〇氏<br>を発見。本人に確認すると、居室からトイレに行こうとして転んだとのこと。<br>その場で痛みの有無を確認すると左腕に痛みの訴えあり。腫れ・変色なし。<br>歩行可能でありトイレを済ませていなかったため、慎重にトイレ介助した後居室ベッドに移動し休んで<br>いただく。本人の希望で受傷部位に湿布を貼付し様子を見る。<br>20:30 ナイトケア時に受傷部位を再度確認すると、腫れあり。〇〇管理者に電話連絡、看護職員が出動したら<br>速やかに報告することおよび主治医に連絡することの指示あり。<br>21日 9:00～ 〇〇介護職員が出動してきた〇〇看護職員に事故を報告。<br>〇〇看護職員が全身状態を確認、腫れ増強、患部に熱感あるが発熱はなし。バイタル正常。<br>9:30 〇〇看護職員が主治医に連絡、骨折の可能性あるため整形外科を受診するよう指示あり。<br>出勤してきた管理者がキーパーソンの□□氏(長男)に連絡。<br>10:00 管理者同行で▽△整形外科を受診。 |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
|                                           | 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"/> 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ▽△整形外科                                                                                                                                                           |  |  |      |         | 連絡先(電話)                                                                                                                                                  | 99-9999                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
|                                           | 診断名                   | 左橈骨骨折                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
|                                           | 診断内容                  | <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 部位( 左前腕部 橈骨 )<br><input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 裂傷・擦傷 <input type="checkbox"/> その他の外傷( )<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |
|                                           | 検査・処置等<br>の概要         | レントゲン検査で骨折と診断、ギプス固定、1か月後に再度受診予定。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                  |  |  |      |         |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |   |   |   |   |   |   |

|                                                    |            |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                            |    |    |    |                              |  |  |
|----------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|------------------------------|--|--|
| 6 事故発生後の状況                                         | 家族等への連絡・説明 | 家族等氏名                                                                                                                                                                                                                                       | 〇〇                                                                                                                         | 続柄 | 長男 | 西暦 | 2025 年 4 月 20 日 9 時 00 分 (頃) |  |  |
|                                                    |            | 連絡していない場合の理由                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                            |    |    |    |                              |  |  |
|                                                    | 関係機関への連絡   | 説明状況                                                                                                                                                                                                                                        | 管理者が電話で第一報を入れ、受診後に再度連絡する旨説明する。11:00に再度連絡し、けがの状況などを説明。「転んでしまったんですね。お世話かけます」との言葉をいただく。当施設と利用者・家族との間には一定の信頼関係があり、損害賠償等の請求はなし。 |    |    |    |                              |  |  |
|                                                    |            | <input checked="" type="checkbox"/> 函館市 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                         |                                                                                                                            |    |    |    |                              |  |  |
|                                                    | 日時・説明状況等   | 5月7日付けで事故報告書を提出予定。                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                            |    |    |    |                              |  |  |
| 本人・家族等への追加対応予定                                     | 特になし。      |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                            |    |    |    |                              |  |  |
| 7 事故の原因分析<br>(本人要因, 職員要因, 環境要因の分析)<br>※具体的に記載すること。 |            | <p>(枠内に収まらない場合は別紙に記載し添付すること。)</p> <p>歩行自立の方であり、施設内は比較的自由に移動していただいていた。これまで見守りなしでの歩行にリスクがあるとの評価はしていなかった。</p> <p>19～20時は職員が手薄な時間帯であり、自立歩行の方の見守りは手薄になりがちである。</p> <p>居室にナースコールがあるが、この方の場合、これまで移動の際に職員を呼ぶことはほとんどなく、こちらからもコールするよう声がけ等はしていなかった。</p> |                                                                                                                            |    |    |    |                              |  |  |
| 8 再発防止策<br>※具体的に記載すること。                            |            | <p>(枠内に収まらない場合は別紙に記載し添付すること。)</p> <p>当該入居者様については、より安全な介護が提供できるよう、完治後に身体状況をアセスメントしなおし、見守り強化などの対策を検討する。</p>                                                                                                                                   |                                                                                                                            |    |    |    |                              |  |  |
| 9 その他特記すべき事項                                       |            |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                            |    |    |    |                              |  |  |

※ 報告書提出時に確定していない事項があれば、その旨記載し、別途報告すること。

※ 事故の対応を協議した事故防止委員会等の記録の写しを添付すること。

※ 誤薬事故の場合は、薬事情報を添付すること。

※ 「緊急な報告を要する事故等」は以下のとおり。

ア 利用者の死亡事故

イ 役員・職員の不法行為(虐待, 預り金着服, 横領等)

ウ 利用者等の不法行為

エ 利用者等の失踪, 行方不明(現在も捜査中のもの)

オ テレビ, 新聞等で報道された事案(報道される可能性のある事案を含む。)