

事故報告書（事業者→いわき市）

（別紙）

記載例

※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
※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：令和 6 年 12 月 2 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	西暦		年		月		日				
2事 業 所 の 概 要	法人名	株式会社〇〇〇										
	事業所（施設）名	デイサービス〇〇〇						事業所番号	0770499999			
	サービス種別	地域密着型通所介護										
	所在地	いわき市平字梅本21番地										
3対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名	H・K			年齢	73		性別	☒ 男性 ☐ 女性		
	サービス提供開始日	西暦	2024	年	7	月	7	日	保険者	いわき市		
	住所	☐ 事業所所在地と同じ ☒ その他（いわき市四倉町）										
	身体状況	要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☒ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 自立									
		認知症高齢者 日常生活自立度	☐ I ☐ II a ☒ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M									
4事 故 の 概 要	発生日時	西暦	2024	年	11	月	30	日	15	時	0	分頃（24時間表記）
	発生場所	☐ 居室（個室） ☐ 居室（多床室） ☐ トイレ ☒ 廊下										
		☐ 食堂等共用部 ☐ 浴室・脱衣室 ☐ 機能訓練室 ☐ 施設敷地内の建物外										
		☐ 敷地外 ☐ その他（ ）										
	事故の種別	☒ 転倒 ☐ 誤薬・与薬もれ等 ☐ （自由記載3）										
		☐ 転落 ☐ 医療処置関連（チューブ抜去等） ☐ 不明										
☐ 誤嚥・窒息 ☐ （自由記載1） ☐ その他（ ）												
☐ 異食 ☐ （自由記載2）												
発生時状況、事故内容の 詳細	15:00頃 大きな物音がしたため、（職員A）が駆け付けると、（対象者H・K氏）が床に座り込んでいた。 手すりを掴んで歩行していたが、めまいがして尻餅をついてしまったとのこと。 腰が痛いとの右の転子部周囲をさすっている。 疼痛の訴えが強い。											
	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	15：05頃 （職員A）（看護師B）と全身を観察。発赤腫脹はないが、疼痛の訴えもあるため、病院受診することとした。 15：10頃 （職員A）より配偶者へ架電。状況報告し、受診する旨伝えと、「今は病院受診に立ち会えないのでよろしく願います。」とのことだった。										
	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	〇〇〇総合病院					連絡先（電話番号）	0246-99-9999			
	診断名	右大腿骨転子部骨折										
	診断内容	☐ 切傷・擦過傷 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☒ 骨折(部位: 右大腿骨転子部)										
		☐ その他（ ）										
検査、処置等の概要	レントゲン撮影を実施											

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況	16：00　〇〇〇総合病院受診し、入院となった。									
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	☒ 配偶者 ☐ 子、子の配偶者 ☐ その他（ ）								
		報告年月日	西暦	2024	年	12	月	1	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（ケアマネジャー ）									
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定	12月2日、入院先へ行く予定									
	補足事項等	家族とのトラブルなし									
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）									
		（対象者H・K氏）は数日前から低血圧であった。 廊下へ向かっているのを職員A、職員Cは確認できていたが、他の利用者を介助しており、対応が間に合わなかった。									
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）									
9 その他 特記すべき事項											
10 問い合わせ先		事業所担当者名	介護保険　太郎				電話番号	0246-22-1234			