

介護事故記録（施設内保存用）

（指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（省令 39 号）第 35 条 3 項「事故の状況及び採った処置についての記録」に対応する当サイトの様式。市町村への報告は、保険者が指定する様式、指定が無ければ厚生労働省が令和 6 年 11 月 29 日の通知（介護保険最新情報 Vol.1332）で示した標準様式によります）

事業所・施設名：特別養護老人ホーム サンプルの里

記録番号	第 12 号
事故発生年月日・時刻	令和 8 年 9 月 5 日（土） 15 時 20 分ごろ
発生場所	2 階 食堂
対象者（利用者）	氏名：サンプル 花子 生年月日：昭和 15 年 3 月 10 日 要介護度：要介護 3
事故の種別	☒ 転倒 ☐ 転落 ☐ 誤嚥・窒息 ☐ 異食 ☐ 誤薬、与薬もれ等 ☐ 医療処置関連（チューブ抜去等） ☐ 不明 ☐ その他（ ）
事故の状況 （省令 35 条 3 項）	おやつの後、食堂から居室へ移動する際、車いすからの立ち上がり時にバランスを崩し、床に尻もちをつくように転倒した。転倒直後、意識は清明で、本人から「足がもつれた」との申告あり。右臀部に軽度の発赤を確認したが、外傷・出血は無し。
事故に際して採った処置 （省令 35 条 3 項）	発見した介護職員が直ちに看護職員へ連絡し、バイタルサイン（血圧・脈拍・体温）を測定。いずれも通常範囲内であることを確認した。安全のため車いすで居室へ移動し、ベッドで安静にしてもらった。施設嘱託医へ電話で状況を報告し、経過観察の指示を受けた。
市町村への報告	☒ 報告済み（報告日：令和 8 年 9 月 6 日） ☐ 未報告（市町村の報告対象外と判断・理由： ）
家族等への連絡	連絡日時：令和 8 年 9 月 5 日 16 時 00 分 連絡方法：電話 連絡者：介護主任 サンプル一郎
事故の原因分析 （本人・職員・環境の要因）	本人要因：立ち上がる際に「足がもつれた」との申告があった。職員要因：立ち上がりの時点で、近くに見守る職員がいなかった。環境要因：おやつ後の片付けの時間帯で、食堂の職員が配膳台の近くに集まっていた。
再発防止策 （35 条 1 項 1 号の指針に基づく）	食堂から居室への移動時は、車いすのブレーキ確認と立ち上がり時の見守りを徹底する。おやつ後の移動介助を複数人体制に変更し、次回の事故防止委員会（35 条 1 項 3 号）で本件を共有し再発防止策を協議する。
記録作成者・確認者	作成者：介護職員 サンプル二郎 確認者（施設長等）：施設長 サンプル三郎
完結日（記録確定日）・保存期限	完結日：令和 8 年 9 月 6 日 / 保存期限：令和 10 年 9 月 6 日（完結日＋2 年）

※ 本様式は施設内に保存する記録であり、市町村への報告書そのものではありません。市町村への報告には保険者（市町村）が指定する様式、指定が無い場合は厚生労働省の標準様式（介護保険最新情報 Vol.1332・令和 6 年 11 月 29 日）を使用してください。本記録の保存期間はその完結の日から 2 年間です（省令 39 号第 37 条 2 項）。