

平成30年度 事故報告書  
(高齢者福祉事業所)

社会福祉法人 よいち福祉会

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

|     |      |  |  |  |  |    |    |
|-----|------|--|--|--|--|----|----|
| 施設長 | 副施設長 |  |  |  |  | 係長 | 担当 |
|     |      |  |  |  |  |    |    |

|        |   |          |  |                         |  |   |      |   |       |
|--------|---|----------|--|-------------------------|--|---|------|---|-------|
| フリガナ   |   |          | 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>   | 要介護 4                   | 移動   | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |   |       |
| 本人氏名   | ●● 様  | 91 歳     |  |                         |  |   |      |   |       |
| 報告者    | ●●  | 発生(発見)日時 |  | 平成30年04月03日(火) 09:20 分頃 |  |   |      |   |       |
| 場所     | <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 拠点707 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内<br><input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )   |          |  |                         |  |   |      |   |       |
| 状況     | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明<br><input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )<br>4月3日<br>9:20 朝の排泄介助時に左膝の痛み訴えあり。腫れ・変色無いが、移乗介助全介助で対応し、湿布貼用。フットレストに足を上げる動作は痛み無く自力で出来ている。<br>13:00 入浴時バイタル問題無く、変色・腫れも見られず。足を動かすと痛みはあるが軽度。入浴後より左膝の痛みに加え、左大腿部の痛みも見られる。左膝内側に軽度、熱感出現。<br>19:00 フットレストから足を下す動作に強い痛み訴えある。痛み増強してきており、右から比べると若干だが熱感や腫れ確認する。<br>4月4日<br>看護師出勤時、夕方から夜間の状態伝え9:00受診の運びとなり、受診の結果、左大腿骨折が発覚する。<br>痛み出現前に転倒や患部をぶつけた等の事実は確認されず。また受診時に担当医師より、骨が脆くなっている為自然に骨折した可能性もあると話しを受けるが、どのように骨折に至ったのかは不明。 |          |  |                         |  |   |      |   |       |
| 症状     | <input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感<br><input checked="" type="checkbox"/> その他 (骨折)  |          |  |                         |  | 部位  | 左大腿  |   |       |
| 対応     | <input type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 止血 <input checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>4月3日 9:20排泄介助時より左足膝に痛みあるが腫れ・変色無く湿布貼用し経過観察。移乗介助半介助から全介助へ変更。<br>同日19:00頃より痛み強くなり、右足と比較すると軽度腫れと熱感出現。夕食後に鎮痛剤服用。<br>翌4月4日9:00 ●●病院受診。左大腿部骨折の診断受け、12:30◆◆病院へ入院となる。   |          |  |                         |  |   |      |   |       |
| バイタル   | 体温  | ℃        | 血压   | mmHg                    | 脈拍   | 回/分   | SP02 | % | 計測時間  |
| 要因・原因  | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題<br><input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )<br>リスク委員会にて検討   |          |  |                         |  |   |      |   |       |
| 事故防止対策 | リスク委員会にて検討  |          |  |                         |  |   |      |   |       |
|        | カフアリスの必要性について   |          | <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 |                         |  |   |      |   |       |
| 家族への説明 | 平成30年04月04日(水)  |          | 説明方法   |                         | <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 |   | 説明職員 |   | ●●看護師 |
|        | 家族氏名  |          | ●●   |                         | 続柄   |   | 嫁    |   |       |
|        | 昨日朝から左膝、大腿部疼痛訴えられ、鎮痛剤内服し経過みたが緩和せず触れただけで痛みの訴え継続しているため本日●●病院受診する旨を電話連絡し、よろしくお願ひしますとの返答頂く。<br>16:50 ご家族様より「今日はお迷惑かけました。明日手術する事になりました。」と連絡いただく。   |          |  |                         |  |   |      |   |       |

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

|     |      |  |  |  |    |    |
|-----|------|--|--|--|----|----|
| 施設長 | 副施設長 |  |  |  | 係長 | 担当 |
|     |      |  |  |  |    |    |

|         |   |  |  |               |   |       |      |   |      |        |
|---------|---|--|--|---------------|---|-------|------|---|------|--------|
| フリガナ    |   | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 |  |               | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 |       |      |   |      |        |
| 本人氏名    | ●●様   | 75歳  | 要介護5   | 移動            | <input type="checkbox"/> その他( )   |       |      |   |      |        |
| 報告者     | ●●  |  |  | 発生(発見)日時      | 平成30年05月07日(月) 19:30分頃  |       |      |   |      |        |
| 場所      | <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 拠点707 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内<br><input checked="" type="checkbox"/> その他(他の利用者様の居室(入舟9))   |  |  |               |   |       |      |   |      |        |
| 状況      | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>19時30分トイレ介助時に、本人より「膝が痛い」と話しがあった為、どうされたのか確認したところ、「19時15分頃他の利用者から、居室の温度が高いので下げて欲しいと頼まれた。職員に言った方が良いと話したが、結果的にヒーターの調整を行ってあげた。戻る時に足が滑って尻餅をついた。膝にカクンとする痛みを感じた。」と話があった。<br>【施設内連絡】<br>5月7日<br>20時20分 ●●援助員から副施設長へ事故の件について口頭にて報告する。<br>20時35分 ●●援助員から●●援助課長へ事故の件について口頭にて報告する。<br>22時10分 ●●援助員から施設長へ事故の件についてチャットラックにて報告する。 |  |  |               |   |       |      |   |      |        |
| 症状      | <input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感<br><input checked="" type="checkbox"/> その他(左膝に軽度の痛み有り)   |  |  |               | 部位<br>左膝  |       |      |   |      |        |
| 対応      | <input checked="" type="checkbox"/> 様子観察 <input checked="" type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他( )<br>身体観察を行い、左膝に軽度の痛み訴えあり。湿布を貼り経過観察する。  |  |  |               |   |       |      |   |      |        |
| バイタルサイン | 体温  | 36.3℃  | 血圧   | 141 / 90 mmHg | 脈拍  | 76回/分 | SP02 | % | 計測時間 | 20時10分 |
| 要因・原因   | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>リスク委員会で検討  |  |  |               |   |       |      |   |      |        |
| 事故防止対策  | リスク委員会で検討   |  |  |               |   |       |      |   |      |        |
|         | カフアシスの必要性について   |  | <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 |               |   |       |      |   |      |        |
| 家族への説明  | 平成30年05月08日(火)  |  | 説明方法   |               | <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話  |       | 説明職員 |   | ●●   |        |
|         | 家族氏名  |  | ●●●●●●   |               |   |       | 続柄   |   | 長女   |        |
|         | 昨日の転倒の件について状況説明し、謝罪する。左膝に軽度の痛み有り、湿布を貼り経過観察している旨、何かありましたら再度ご連絡させて頂く旨お伝えすると「よろしく申し上げます」と返答有り。   |  |  |               |   |       |      |   |      |        |

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

|     |      |  |  |  |    |    |
|-----|------|--|--|--|----|----|
| 施設長 | 副施設長 |  |  |  | 係長 | 担当 |
|     |      |  |  |  |    |    |

|   |  |     |       |          |   |    |      |      |       |      |
|---|--|-----|-------|----------|---|----|------|------|-------|------|
| フリガナ  | 男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>   |     | 要介護 5 | 移動       | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |      |      |       |      |
| 本人氏名  | ●●様  | 91歳 |       |          |   |    |      |      |       |      |
| 報告者   | ●●   |     |       | 発生(発見)日時 | 平成30年05月10日(木) 18:25 分頃   |    |      |      |       |      |
| 場所  | <input type="checkbox"/> 居室 <input checked="" type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 拠点フロア <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |     |       |          |   |    |      |      |       |      |
| 状況  | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input checked="" type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>拠点には職員と居室対応の入居者(●●氏)へ食事介助をしている職員が1名いた。夕食後薬ボックスの名前を確認するも袋の名前を確認せず飲ませてしまい、もう1人の職員が食事介助を終え、薬ボックスから薬を取り出そうとしたところ薬が無いことに気がつく。職員に確認を求められ服薬済みの開封した空袋を確認すると●●氏の開封済みの袋を発見する。職員は●●氏の薬がボックスに残っているのを確認した際に●●氏に●●氏の薬を誤って飲ませてしまった事に気がつき誤薬が発覚する。<br>[施設内連絡]<br>18:30 ●●援助員より待機看護師に連絡し指示を受ける。<br>18:50 ●●援助員より施設長に口頭にて報告する。<br>18:55 ●●援助員より副施設長に口頭にて報告する。<br>19:00 ●●援助員より●●援助課長に口頭にて報告する。 |     |       |          |   |    |      |      |       |      |
| 症状  | <input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |     |       |          |   | 部位 |      |      |       |      |
| 対応  | <input checked="" type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>待機看護師に連絡をしご本人の定期的の下剤を中止し様子観察するよう指示を受ける。   |     |       |          |   |    |      |      |       |      |
| バイタルサイン   | 体温   | ℃   | 血压    | /        | mmHg  | 脈拍 | 回/分  | SP02 | %     | 計測時間 |
| 要因・原因   | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input checked="" type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>リスク委員会で検討   |     |       |          |   |    |      |      |       |      |
| 事故防止対策  | リスク委員会で検討  |     |       |          |   |    |      |      |       |      |
| 家族への説明  | 平成30年05月10日(木)   |     | 説明方法  |          | <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話  |    | 説明職員 |      | ●●援助員 |      |
|   | 家族氏名   |     | ●●様   |          | 続柄  |    | 姪    |      |       |      |
| 夕食後の下剤を間違えて他の方を飲ませてしまった事を説明をし謝罪する。ご家族様より「大丈夫、大丈夫、わざわざありがとうございます。気にしないで下さい。」とお言葉をいただく。 |  |     |       |          |   |    |      |      |       |      |

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

|     |      |  |  |  |    |    |
|-----|------|--|--|--|----|----|
| 施設長 | 副施設長 |  |  |  | 係長 | 担当 |
|     |      |  |  |  |    |    |

|      |     |                                      |      |    |   |
|------|-----|--------------------------------------|------|----|---|
| フリガナ |     | 男 <input checked="" type="radio"/> 女 | 要介護5 | 移動 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 |
| 本人氏名 | ●●様 | 82歳                                  |      |    | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |

|     |    |          |                         |
|-----|----|----------|-------------------------|
| 報告者 | ●● | 発生(発見)日時 | 平成30年05月13日(日) 17:30 分頃 |
|-----|----|----------|-------------------------|

|    |   |
|----|---|
| 場所 | <input type="checkbox"/> 居室 <input checked="" type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 拠点フロア <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|----|---|

|    |  |
|----|--|
| 状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input checked="" type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|----|--|

介護職員が2名分の食前薬をボックスから取りだす。1名分は居室で休まれている方の食前薬・もう1名分の食前薬は流し台に置いた。薬を出した職員は居室で休まれている方の配薬に行き、拠点に戻って来た別の職員に●●氏の配薬をお願いする。しかし出してあった薬は●●氏のものではなく、◆◆氏のものであった。対応した職員は、薬が箱から取り出してあった事と●●さんの配薬の依頼を受けたことで●●氏の薬と思い込み他職員とも確認を行わずに配薬してしまい誤薬してしまった。

- 【施設内連絡】
- ・13日 17:40 ●●から施設長へ電話にて報告する。
  - ・13日 17:50 ●●から副施設長へ口頭で報告する。
  - ・14日 11:50 ●●から援助課長へ口頭で報告する。

|    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| 症状 | <input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感<br><input checked="" type="checkbox"/> その他(低血糖症状はなし) | 部位 |  |
|----|---|----|--|

就寝後、巡回時、起床時も状態を確認するが低血糖症状は見られない。

|    |   |
|----|---|
| 対応 | <input type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input checked="" type="checkbox"/> その他(薬について病院へ問い合わせる) |
|----|---|

- ・援助員より早急に看護師へ連絡、看護師より●●医師へ電話連絡し対応を確認する。
- ・誤薬(オイグルコン錠2.5mg 0.5錠)の対応を確認する。●●医師に確認し、低血糖の心配はないが、冷汗、嘔気、顔色不良等の症状が有る時は、血糖測定の手指示ある。

|         |    |   |    |   |      |    |     |      |   |      |
|---------|----|---|----|---|------|----|-----|------|---|------|
| バイタルサイン | 体温 | ℃ | 血圧 | / | mmHg | 脈拍 | 回/分 | SP02 | % | 計測時間 |
|---------|----|---|----|---|------|----|-----|------|---|------|

|       |  |
|-------|--|
| 要因・原因 | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|-------|--|

リスク委員会で検討

|        |           |
|--------|-----------|
| 事故防止対策 | リスク委員会で検討 |
|--------|-----------|

|               |  |
|---------------|--|
| 加ファリスの必要性について | <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 |
|---------------|--|

|        |                |      |  |      |    |
|--------|----------------|------|--|------|----|
| 家族への説明 | 平成30年05月13日(日) | 説明方法 | <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 | 説明職員 | ●● |
|--------|----------------|------|--|------|----|

家族氏名 ●● 続柄 娘

夕食前に他の入居者の血糖を下げる薬を間違えて服薬してしまった事を謝罪する。対応は医師に連絡し対応を相談した所、低血糖の心配はないが、低血糖の症状が出る可能性がある事、その際には血糖値測定を行い、低血糖症状が出た場合は受診の対応を行う事を説明する。娘様より「何とも言えない」「どんな風になるのか・」夜間様子を見て、明日の朝状態の報告の連絡をさせてもらう事を伝える。「そうですね」「連絡してください」と話される。

|                |     |      |  |  |  |    |    |
|----------------|-----|------|--|--|--|----|----|
| <h1>事故報告書</h1> | 施設長 | 副施設長 |  |  |  | 係長 | 担当 |
|                |     |      |  |  |  |    |    |

フルーツ・シャトーよいち

|      |     |   |       |          |   |
|------|-----|---|-------|----------|---|
| フリガナ |     | 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | 要介護 4 | 移動       | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 |
| 本人氏名 | ●●様 | 91歳                                     |       |          | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |
| 報告者  | ●●  |   |       | 発生(発見)日時 | 平成30年05月25日(金) 16:20 分頃   |

|    |   |
|----|---|
| 場所 | <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 拠点707 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|----|---|

|    |   |
|----|---|
| 状況 | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input checked="" type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |
|    | <p>黒川拠点にて過ごされるも不穏な様子有り、黒川にいた職員が美園の拠点に気分転換の為誘導する。最初の数分はテレビ鑑賞されるも直ぐ自走されカウンターまで行き食器を眺めたりされていた。美園に居た職員は洗濯物を返却しながら様子見ていたが30秒程、他の居室で洗濯物を返却した後、カウンターに置いていた消臭ビーズを開けていた所を発見する。声掛けし消臭ビーズを頂いた際、口を動かしていた為、口を開けて頂き確認すると、砕かれた消臭ビーズを発見し誤食が発覚する。本人より「まだ、2つぶしか食べてないわよ」と話される。</p> <p>16時21分 ●●援助員から医務へ誤食の件口頭にて報告する。<br/>         16時23分 ●●援助員から施設長へ誤食の件口頭にて報告する。<br/>         16時29分 ●●援助員から副施設長へ誤食の件口頭にて報告する。<br/>         16時40分 ●●援助員から援助課長へ誤食の件チャットラックにて報告する。</p> |

|    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| 症状 | <input checked="" type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 部位 |  |
|    | 飲み込んでいるも、咀嚼されている為、つまり等は無く、体調の変化も無し。   |    |  |

|    |  |
|----|--|
| 対応 | <input checked="" type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他(うがい) |
|    | うがい、牛乳1杯飲んで頂き様子観察する。   |

|         |    |     |    |               |    |        |      |      |      |       |
|---------|----|-----|----|---------------|----|--------|------|------|------|-------|
| バイタルサイン | 体温 | 37℃ | 血圧 | 148 / 73 mmHg | 脈拍 | 81 回/分 | SP02 | 98 % | 計測時間 | 17:00 |
|---------|----|-----|----|---------------|----|--------|------|------|------|-------|

|       |  |
|-------|--|
| 要因・原因 | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|       | リスク委員会で検討  |

|        |  |
|--------|--|
| 事故防止対策 | リスク委員会で検討  |
|        | 加ファレシスの必要性について <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 |

|        |   |      |  |      |       |
|--------|---|------|--|------|-------|
| 家族への説明 | 平成30年05月25日(金)  | 説明方法 | <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 | 説明職員 | ●●看護師 |
|        | 家族氏名  | ●●様  |  | 続柄   | 娘様    |
|        | 消臭ビーズを2個食べてしまった為、薬剤師に確認し、うがいとコップ一杯の牛乳を飲んで様子みる様にとのことで対応しましたと謝罪する。「食いしん坊なので、ご迷惑かけます」とお返事頂く。 |      |  |      |       |

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

|     |      |  |  |  |    |    |
|-----|------|--|--|--|----|----|
| 施設長 | 副施設長 |  |  |  | 係長 | 担当 |
|     |      |  |  |  |    |    |

|      |     |  |       |          |   |
|------|-----|--|-------|----------|---|
| フリガナ |     | 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> | 要介護 2 | 移動       | <input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 |
| 本人氏名 | ●●様 | 95歳  |       |          | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |
| 報告者  | ●●  |  |       | 発生(発見)日時 | 平成30年06月08日(金) 07:40 分頃   |

|    |   |
|----|---|
| 場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 拠点707 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|----|---|

|   |   |
|---|---|
| 状況  | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| <p>職員が他の入居者介助中に、トントンと床を掌で叩くような音が聞こえた為、訪室すると居室内のベッド右横に置いてあるポータブルトイレの右側で、タンスを背に右側を向いた状態で床に倒れている所を発見する。歩行器は居室の戸の手前置いてあった。職員が7時に訪室した際は、ベッドに端座位の状態ですボンが上がっていなかった為、介助にてズボンを上げた後、まだ洗面されてない事を確認した為、「洗面台まで一緒に行きませんか。」と声掛けしたが、本人「もう少しこのまま休んでから自分で行ける。」との返答があった。その為、タンス前に置いてあった歩行器を職員がベッドの足元に設置してあるポータブルトイレと、ベッド頭側の介助バーの間に設置し、本人に洗面の際は必ず歩行器を使用して頂く様、声掛けてから退室した。本人、「顔を洗うのに、これ(歩行器)をそこ(戸の前に)に置いてから、冷蔵庫とトイレを掴みながら行こうとしたら、途中で足の力が抜けて倒れてしまったのさ。」と話される。</p> <p>【施設内連絡】<br/>8:55 施設長へ口頭にて連絡</p> |   |

|                          |   |    |         |
|--------------------------|---|----|---------|
| 症状                       | <input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感<br><input checked="" type="checkbox"/> その他(痛み) | 部位 | 右肩、右大腿部 |
| 腫れや変色は無いが右肩と右大腿部の痛み訴え有り。 |   |    |         |

|   |   |
|---|---|
| 対応  | <input type="checkbox"/> 様子観察 <input checked="" type="checkbox"/> 湿布 <input checked="" type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 止血 <input checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| ベッドに横になり休んで頂く。痛みが続いているため、病院受診する。受診の結果、肋骨が3本折れているとの診断であった。1~2週間の入院となる。 |   |

|         |    |       |    |               |    |        |      |   |      |      |
|---------|----|-------|----|---------------|----|--------|------|---|------|------|
| バイタルサイン | 体温 | 36.7℃ | 血圧 | 101 / 63 mmHg | 脈拍 | 72 回/分 | SP02 | % | 計測時間 | 8:10 |
|---------|----|-------|----|---------------|----|--------|------|---|------|------|

|           |  |
|-----------|--|
| 要因・原因     | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| リスク委員会で検討 |  |

|  |           |
|--|-----------|
| 事故防止対策   | リスク委員会で検討 |
| 加ファリスの必要性について <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 |           |

|        |  |      |  |      |    |
|--------|--|------|--|------|----|
| 家族への説明 | 平成30年06月08日(金)   | 説明方法 | <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 | 説明職員 | ●● |
|        | 家族氏名   | ●●様  |  | 続柄   | 長女 |
|        | 7時40分に居室内で転倒された件、お電話にてお伝えし謝罪する。娘様より「すみません。迷惑かけます。申し訳ないです。私もこれから病院に行きます。」とお言葉を頂く。 |      |  |      |    |

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

|     |      |  |  |  |    |    |
|-----|------|--|--|--|----|----|
| 施設長 | 副施設長 |  |  |  | 係長 | 担当 |
|     |      |  |  |  |    |    |

|         |   |         |  |               |                         |   |      |   |      |        |  |
|---------|---|---------|--|---------------|-------------------------|---|------|---|------|--------|--|
| フリガナ    |   |         | 男 <input checked="" type="radio"/> 女                               | 要介護3          | 移動                      | <input checked="" type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |   |      |        |  |
| 本人氏名    | ●●  | 様       | 93 歳   |               |                         |   |      |   |      |        |  |
| 報告者     | ●● 援助員  |         |  | 発生(発見)日時      | 平成30年06月09日(土) 10:20 分頃 |   |      |   |      |        |  |
| 場所      | <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 拠点707 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |         |  |               |                         |   |      |   |      |        |  |
| 状況      | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>トイレ誘導後に拠点ソファの座る所までお連れしたが、バランスを崩され右側から床に転倒される。職員はバランスを崩した●●氏を支えようとするも間に合わず、そのまま転倒される。<br>【施設内連絡】<br>6月9日<br>10:25 ●● 援助員から施設長に事故の件について電話にて報告する。 |         |  |               |                         |   |      |   |      |        |  |
| 症状      | <input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感<br><input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )   |         |  |               |                         | 部位  | 右大腿部 |   |      |        |  |
|         | 「痛い痛い」と右大腿部周辺の痛み強く訴えられており、起き上がれない様子みられる。  |         |  |               |                         |   |      |   |      |        |  |
| 対応      | <input type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 止血 <input checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>医務に連絡後、職員2名で車椅子へ移乗し、緊急受診される。受診の結果、右大腿骨頭部骨折と診断され、そのまま入院される。   |         |  |               |                         |   |      |   |      |        |  |
| バイタルサイン | 体温  | 36.2 °C | 血圧   | 104 / 66 mmHg | 脈拍                      | 60 回/分  | SPO2 | % | 計測時間 | 10時25分 |  |
| 要因・原因   | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>リスク委員会で検討   |         |  |               |                         |   |      |   |      |        |  |
| 事故防止対策  | リスク委員会で検討<br>かファリスの必要性について <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要   |         |  |               |                         |   |      |   |      |        |  |
| 家族への説明  | 平成30年06月09日(土)  | 説明方法    | <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 |               | 説明職員                    | ●●  |      |   |      |        |  |
|         | 家族氏名  | ●●●●様   |  |               |                         | 続柄  | 長男   |   |      |        |  |
|         | ●●から事故状況説明し謝罪する。その後「わかりました。午後から病院の方へ向かいます」とのお返事頂く。  |         |  |               |                         |   |      |   |      |        |  |



# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

|     |      |  |  |  |    |    |
|-----|------|--|--|--|----|----|
| 施設長 | 副施設長 |  |  |  | 係長 | 担当 |
|     |      |  |  |  |    |    |

|         |   |  |   |                         |   |     |         |   |      |
|---------|---|--|---|-------------------------|---|-----|---------|---|------|
| フリガナ    |   | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | 要介護3  | 移動                      | <input checked="" type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |     |         |   |      |
| 本人氏名    | ●●様   | 82歳  |   |                         |   |     |         |   |      |
| 報告者     | ●●  | 発生(発見)日時   |   | 平成30年07月03日(火) 07:30 分頃 |   |     |         |   |      |
| 場所      | <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 拠点フロア <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input checked="" type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |  |   |                         |   |     |         |   |      |
| 状況      | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input checked="" type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>正面玄関から●●病院の方へ向かっているのを他職員が出勤の際に発見し一緒に施設へ戻られたことで単独外出が発覚する。また、玄関で本人の物ではない外靴に履き替え出てしまった。<br>7時10分頃まで居室で休まれていたが、7時20分頃からトイレ利用され着替えや洗面台にて身支度を整えているのを明け職員は確認している。その後他の入居者からのナースコール対応の為に5分程拠点を離れた際に施設内から出てしまったと思われる。<br>【施設内報告】<br>9:10 ●●援助係長から施設長へ口頭にて状況報告する。<br>9:13 ●●援助係長から副施設長へ口頭にて状況報告する。 |  |   |                         |   |     |         |   |      |
| 症状      | <input checked="" type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |  |   |                         | 部位  |     |         |   |      |
|         | 雨上がりの中外へ出られるも、衣類に濡れている所がない為転倒などされていないと思われる。外傷なども確認取れず。  |  |   |                         |   |     |         |   |      |
| 対応      | <input type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>帰園後拠点にてコーヒー提供し新聞などを読み過ごして頂き、所在確認をした。  |  |   |                         |   |     |         |   |      |
| バイタルサイン | 体温  | ℃  | 血压  | / mmHg                  | 脈拍  | 回/分 | SPO2    | % | 計測時間 |
| 要因・原因   | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>リスク委員会で検討   |  |   |                         |   |     |         |   |      |
| 事故防止対策  | リスク委員会で検討   |  |   |                         |   |     |         |   |      |
|         | 加ファレシスの必要性について  |  | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 |                         |   |     |         |   |      |
| 家族への説明  | 平成30年07月03日(火)  |  | 説明方法  |                         | <input checked="" type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> 電話  |     | 説明職員 ●● |   |      |
|         | 家族氏名  |  | ●●様   |                         |   |     | 続柄      |   | 娘    |
|         | 当施設職員で出勤日だった為、直接謝罪し状況を伝えさせていただく。「気にしないでいいから。こちらこそすみません」とお話し受ける。   |  |   |                         |   |     |         |   |      |

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

|     |      |  |  |  |    |    |
|-----|------|--|--|--|----|----|
| 施設長 | 副施設長 |  |  |  | 係長 | 担当 |
|     |      |  |  |  |    |    |

|         |   |       |  |               |  |   |      |   |      |        |
|---------|---|-------|--|---------------|--|---|------|---|------|--------|
| フリガナ    |   |       | 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> | 要介護3          | 移動   | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |   |      |        |
| 本人氏名    | ●●様   |       | 84歳  |               |  |   |      |   |      |        |
| 報告者     | ●●  |       | 発生(発見)日時   |               | 平成30年07月21日(土) 14:30 分頃  |   |      |   |      |        |
| 場所      | <input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 拠点707 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内<br><input type="checkbox"/> その他(ベットとタンスの間(通路))          |       |  |               |  |   |      |   |      |        |
| 状況      | <input type="checkbox"/> 転倒 <input checked="" type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> その他(車椅子より、右即位を下にした状態で転落されていた) |       |  |               |  |   |      |   |      |        |
|         | 車椅子より、右即位を下にした状態で転落されているところを発見する。本人からの話によると、「トイレに行こうと思ったが足元が安定せず落ちた」と話されている。(車椅子はブレーキが掛かっていた。)<br>事故の5分ほど前に、車椅子に座られ前かがみの状態を発見し声掛けしている。居眠りをされていた様子見られ、大丈夫ですかとの声掛けに「大丈夫」と返答された為、気を付けて頂く様、声掛けしその場を離れる。   |       |  |               |  |   |      |   |      |        |
|         | <b>【施設内連絡】</b><br>7月21日<br>14時40分 ●●援助員から施設長へ事故の件について口頭にて報告する。<br>14時50分 ●●係長から副施設長へ事故の件について口頭にて報告する。<br>15時20分 ●●係長から援助課長へ事故の件について口頭にて報告する。  |       |  |               |  |   |      |   |      |        |
| 症状      | <input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input checked="" type="checkbox"/> 腫れ <input checked="" type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感<br><input type="checkbox"/> その他(右前頭部に赤み腫れ)       |       |  |               |  | 部位  | 右前頭部 |   |      |        |
|         | 右前頭部に変色・腫れ見られ、本人からも痛みの訴えあり。他の部分に関しては変色見られず、本人からの痛みの訴えもない。   |       |  |               |  |   |      |   |      |        |
| 対応      | <input checked="" type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> 湿布 <input checked="" type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |       |  |               |  |   |      |   |      |        |
|         | 頭部を打った様子見られる為、医務に連絡し状態を観察して頂く。<br>右前頭部変色痛み訴えあり。患部の冷却を行い、嘔吐・眩暈に注意し経過観察を行っていく。  |       |  |               |  |   |      |   |      |        |
| バイタルサイン | 体温  | 36.8℃ | 血压   | 172 / 96 mmHg | 脈拍   | 78 回/分  | SP02 | % | 計測時間 | 15時30分 |
| 要因・原因   | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>リスク委員会で検討   |       |  |               |  |   |      |   |      |        |
| 事故防止対策  | リスク委員会で検討   |       |  |               |  |   |      |   |      |        |
|         | 加ファレノスの必要性について  |       | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要          |               |  |   |      |   |      |        |
| 家族への説明  | 平成30年07月21日(土)  |       | 説明方法   |               | <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 |   | 説明職員 |   | ●●係長 |        |
|         | 家族氏名  |       | ●●様  |               |  |   | 続柄   |   | 姪    |        |
|         | 事故の状況及び経過を電話にてお伝えし謝罪する。「本人が悪いんだから仕方ない」と了承される。   |       |  |               |  |   |      |   |      |        |

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

|     |      |  |  |  |    |    |
|-----|------|--|--|--|----|----|
| 施設長 | 副施設長 |  |  |  | 係長 | 担当 |
|     |      |  |  |  |    |    |

|         |  |  |  |               |   |        |      |   |      |      |
|---------|--|--|--|---------------|---|--------|------|---|------|------|
| フリガナ    |  | 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> | 要介護 3  | 移動            | <input checked="" type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |        |      |   |      |      |
| 本人氏名    | ●● 様   | 87 歳   |  |               |   |        |      |   |      |      |
| 報告者     | ●●   | 発生(発見)日時   | 平成30年08月08日(水) 06:40 分頃  |               |   |        |      |   |      |      |
| 場所      | <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 拠点フロア <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |  |  |               |   |        |      |   |      |      |
| 状況      | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>他入居者からコールあり、伺おうとすると他入居者はキッチン横におられる。「トイレトイレ」と話された為、梅川トイレに行くと便器横にて転倒されている本人を発見する。排便間に合わなかった様子も見られ、早番職員と2名にて抱えトイレに座って頂くと左太ももあたりを触り痛がる様子見られる。身体観察するも他は痛みや腫れ等は見られず、左足を曲げると強い痛みあり。車椅子に移乗し居室へ誘導、休んで頂く。医務指示により湿布貼用。<br>8月8日 7:00 待機看護師に電話にて状況・状態報告する。<br>7:10 施設長へ電話するも繋がらず。<br>7:35 ●●SVへ報告する。<br>9:30 施設長へ事故の状況・状態報告する。<br>11:00 副施設長へ事故の状況・状態報告する。 |  |  |               |   |        |      |   |      |      |
| 症状      | <input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感<br><input checked="" type="checkbox"/> その他 (左足を曲げると左太もも、大腿部辺りに強い痛みあり。 )   |  |  |               | 部位  | 左大腿部   |      |   |      |      |
| 対応      | <input checked="" type="checkbox"/> 様子観察 <input checked="" type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 止血 <input checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>待機看護師に連絡し、居室にて安静にし、湿布貼り様子見る。<br>●●病院へ受診し左大腿部頸部骨折と診断を受ける。  |  |  |               |   |        |      |   |      |      |
| バイタルサイン | 体温   | 36.2℃  | 血圧   | 147 / 72 mmHg | 脈拍  | 85 回/分 | SP02 | % | 計測時間 | 7:00 |
| 要因・原因   | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>リスク委員会で検討  |  |  |               |   |        |      |   |      |      |
| 事故防止対策  | リスク委員会で検討  |  |  |               |   |        |      |   |      |      |
| 家族への説明  | 平成30年08月08日(水)   | 説明方法   | <input checked="" type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> 電話 |               | 説明職員  | ●●看護師  |      |   |      |      |
|         | 家族氏名   | ●●   | 続柄   | 兄             |   |        |      |   |      |      |
|         | 援助員電話するも繋がらず。時間ずらし看護師電話すると連絡が取れる。病院へご家族来られ、転倒し骨折した事を説明すると「何で呼んで手伝ってもらわなかったんだろう」と話される為、「ご自分でトイレに行ける方なので、援助員は常に見守りや付き添いはしていません」と説明すると納得される。  |  |  |               |   |        |      |   |      |      |

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

|     |      |  |  |  |  |    |    |
|-----|------|--|--|--|--|----|----|
| 施設長 | 副施設長 |  |  |  |  | 係長 | 担当 |
|     |      |  |  |  |  |    |    |

|      |     |  |      |    |   |
|------|-----|--|------|----|---|
| フリガナ |     | 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> | 要介護3 | 移動 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 |
| 本人氏名 | ●●様 | 93歳  |      |    | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |

|     |    |          |                         |
|-----|----|----------|-------------------------|
| 報告者 | ●● | 発生(発見)日時 | 平成30年09月19日(水) 06:50 分頃 |
|-----|----|----------|-------------------------|

|    |   |
|----|---|
| 場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 拠点707 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|----|---|

|    |   |
|----|---|
| 状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|----|---|

隣の居室からコールあり伺うとご本人が居室前の柱を背に座り込んでいるのを発見する。上下下着姿で靴下を履き靴は履いていなかった。靴はベットとテレビ台の中央付近にあった。コールは隣の入居者が発見後自分の居室のコールを押したとの事。ご本人にどうしたか尋ねると「部屋でトイレに行こうと思って立って歩いたら転んだ。靴下を履いて寝たから滑ったの。立てなかったから助けを呼んだけど誰も来ないから、ここまで這って来た」と話される。立って歩けるかお聞きすると歩けるとの事。

【施設連絡】  
 7:20 援助課長へ口頭にて報告する  
 7:30 svへ●●援助員より口頭にて報告する。  
 9:30 施設長へ●●援助員より口頭にて報告する。  
 9:30 副施設長へ●●援助員より口頭にて報告する。

|    |  |    |          |
|----|--|----|----------|
| 症状 | <input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input checked="" type="checkbox"/> 腫れ <input checked="" type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 部位 | 後頭部、尾てい骨 |
|----|--|----|----------|

後頭部に変色、たんこぶ。尾てい骨の痛み訴えあるも腫れ、変色なし。

|    |   |
|----|---|
| 対応 | <input checked="" type="checkbox"/> 様子観察 <input checked="" type="checkbox"/> 湿布 <input checked="" type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|----|---|

「トイレに行きたい」と話され手引きにてトイレに行かれる。使用後居室に戻り身体観察、バイタル測定しベットで休んで頂く。居室安静後後頭部アイスノンで冷やし、尾てい骨付近に湿布を塗布する。

|         |    |       |    |               |    |        |      |   |      |       |
|---------|----|-------|----|---------------|----|--------|------|---|------|-------|
| バイタルサイン | 体温 | 36.6℃ | 血压 | 158 / 66 mmHg | 脈拍 | 72 回/分 | SP02 | % | 計測時間 | 7時15分 |
|---------|----|-------|----|---------------|----|--------|------|---|------|-------|

|       |  |
|-------|--|
| 要因・原因 | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|-------|--|

リスク委員会で検討

|        |           |
|--------|-----------|
| 事故防止対策 | リスク委員会で検討 |
|--------|-----------|

|               |  |
|---------------|--|
| 加ファリスの必要性について | <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 |
|---------------|--|

|        |                |      |  |      |        |
|--------|----------------|------|--|------|--------|
| 家族への説明 | 平成30年09月19日(水) | 説明方法 | <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 | 説明職員 | ●●援助係長 |
|--------|----------------|------|--|------|--------|

|      |    |    |     |
|------|----|----|-----|
| 家族氏名 | ●● | 続柄 | 甥の嫁 |
|------|----|----|-----|

●●援助係長より電話にて謝罪し状況、ご本人の状態を報告する。「わかりました。よろしく申し上げます」とお話し受ける。

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

|     |      |  |  |  |    |    |
|-----|------|--|--|--|----|----|
| 施設長 | 副施設長 |  |  |  | 係長 | 担当 |
|     |      |  |  |  |    |    |

|        |  |       |  |               |  |   |                |   |      |       |
|--------|--|-------|--|---------------|--|---|----------------|---|------|-------|
| フリガナ   |  |       | 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> | 要介護5          | 移動   | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                |   |      |       |
| 本人氏名   | ●●様  |       | 87歳  |               |  |   |                |   |      |       |
| 報告者    | ●●   |       | 発生(発見)日時   |               | 平成30年10月24日(水) 17:50 分頃  |   |                |   |      |       |
| 場所     | <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 拠点フロア <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |       |  |               |  |   |                |   |      |       |
| 状況     | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>トイレに座って頂き、2分程その場を離れ戻るとトイレを背に両足を伸ばし床に座っている所を発見する。職員現場トイレの付近に居たが物音はしなかった。ご自分で立ち上がり、座り損ねて床に座ってしまったと考えられるが、詳細な事故状況は不明。<br>〈施設内報告〉<br>18:10 援助課長より施設長、副施設長へ内線にて報告。<br>待機看護師(●●看護師)に連絡。 |       |  |               |  |   |                |   |      |       |
| 症状     | <input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感<br><input checked="" type="checkbox"/> その他(動作時の痛み)  |       |  |               |  | 部位  | 左足膝付近から大腿部にかけて |   |      |       |
| 対応     | <input type="checkbox"/> 様子観察 <input checked="" type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )<br>職員介助にて車椅子に移乗し状態見る。腫れや変色など見られず、直後は腰の痛みのみ、その後左膝周辺の痛みが出てくる。<br>痛み訴え部位に湿布貼用。念のための固定し安静保ち、翌日まで状態見る。<br>翌25日、腫れ・発熱無いが痛み持続。<br>●●病院受診し、左大腿部頸部骨折にて◆◆病院へ搬送、入院となる。   |       |  |               |  |   |                |   |      |       |
| バイタル   | 体温   | 36.8℃ | 血圧   | 121 / 78 mmHg | 脈拍   | 89 回/分  | SP02           | % | 計測時間 | 19:30 |
| 要因・原因  | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>リスク委員会で検討  |       |  |               |  |   |                |   |      |       |
| 事故防止対策 | リスク委員会で検討  |       |  |               |  |   |                |   |      |       |
| 家族への説明 | 平成30年10月24日(水)   |       | 説明方法   |               | <input checked="" type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> 電話 |   | 説明職員           |   | ●●   |       |
|        | 家族氏名   |       | ●●   |               | 続柄   |   | 長女             |   |      |       |
|        | 電話にて事故状況説明、謝罪後に施設へ面会に来て下さり改めて事故状況詳細と本人の状態の説明をし、謝罪する。「迷惑おかけしてすみません」とお言葉頂く。<br>翌日、夜間の状態と痛み続いている為受診する事を電話にてお伝えする。   |       |  |               |  |   |                |   |      |       |

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

|     |      |  |  |  |    |    |
|-----|------|--|--|--|----|----|
| 施設長 | 副施設長 |  |  |  | 係長 | 担当 |
|     |      |  |  |  |    |    |

|         |   |         |   |               |          |   |      |   |      |       |
|---------|---|---------|---|---------------|----------|---|------|---|------|-------|
| フリガナ    |   |         | 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/> | 要介護2          | 移動       | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |   |      |       |
| 本人氏名    | ●●  | 様       | 95 歳  |               |          |   |      |   |      |       |
| 報告者     | ●●  |         |   |               | 発生(発見)日時 | 平成30年10月27日(土) 13:30 分頃   |      |   |      |       |
| 場所      | <input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 拠点フロア <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |         |   |               |          |   |      |   |      |       |
| 状況      | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input checked="" type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |         |   |               |          |   |      |   |      |       |
|         | <p>梅川町担当職員が交代した際に、薬ボックスに残っている内服薬を見て、誤薬に気が付く。実際に服薬をした時間は13時頃であった。</p> <p>配薬時、該当職員は服薬の手順を守っており、薬包の名前の確認と利用者に名前を見せる事もしていたが、名前が違う事に気が付かずそのまま服用させてしまった。また、日常的に服薬に携わることの少ない職員であった為、薬包の違いにも気が付きにくい状況であったと思われる。</p> <p>降圧剤(ペルジピン)が入っていた為、血圧測って確認し、布団に横になって様子を見る。</p> <p>10月27日 13:40 ●●援助員より看護師へ誤薬の件報告する。<br/>         13:50 ●●助課長より施設長へ誤薬の件報告する。<br/>         13:50 ●●援助課長より副施設長へ誤薬の件報告する。</p>         |         |   |               |          |   |      |   |      |       |
| 症状      | <input checked="" type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |         |   |               |          | 部位  |      |   |      |       |
| 対応      | <input checked="" type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他(体調不良の訴えは無いが、横にな )<br>誤って服用した薬の内容確認。降圧剤(ペルジピン)、酸化マグネシウム、抑肝散を服用した。副作用は降圧剤による血圧低下が考えられるがそれ以外は特に問題ないと看護師の判断にて、血圧測定のみ継続して行う。<br>また、●●氏本人の昼食後薬は休薬とする。 |         |   |               |          |   |      |   |      |       |
| バイタルサイン | 体温  | 36.1 °C | 血圧  | 113 / 73 mmHg | 脈拍       | 81 回/分  | SP02 | % | 計測時間 | 13:30 |
| 要因・原因   | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |         |   |               |          |   |      |   |      |       |
|         | リスク委員会で検討   |         |   |               |          |   |      |   |      |       |
| 事故防止対策  | リスク委員会で検討   |         |   |               |          |   |      |   |      |       |
|         | カフェインの必要性について <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要  |         |   |               |          |   |      |   |      |       |
| 家族への説明  | 平成30年10月27日(土)  | 説明方法    | <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話          |               | 説明職員     | ●●援助課長  |      |   |      |       |
|         | 家族氏名  | ●●      |   |               | 続柄       | 長女  |      |   |      |       |
|         | 14:00 昼食後、誤薬が発生してしまった旨お伝えし謝罪する。経過観察し何かあればまたお伝えしますと伝える。<br>17:20 再度電話にて現在体調不良見られず、明日の朝まで様子見る事を説明する。ご家族より「宜しく願います」とお話し頂く。   |         |   |               |          |   |      |   |      |       |

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

|     |      |  |  |  |    |    |
|-----|------|--|--|--|----|----|
| 施設長 | 副施設長 |  |  |  | 係長 | 担当 |
|     |      |  |  |  |    |    |

|         |  |  |  |          |   |    |     |      |   |      |  |
|---------|--|--|--|----------|---|----|-----|------|---|------|--|
| フリガナ    |  | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | 要介護 3  | 移動       | <input checked="" type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |     |      |   |      |  |
| 本人氏名    | ●● 様   | 78 歳   |  |          |   |    |     |      |   |      |  |
| 報告者     | ●●   |  |  | 発生(発見)日時 | 平成30年12月02日(日) 11:50 分頃   |    |     |      |   |      |  |
| 場所      | <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 拠点フロア <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input checked="" type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |  |  |          |   |    |     |      |   |      |  |
| 状況      | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input checked="" type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>長男妻から電話頂き「本人らしき人が家の前まで帰ってきて、隣の家の人が家の中に入れてくれたと話が来たんですけど、施設の方で探していませんか？」と連絡がある。施設内を職員2名で探すも姿が見えず、すぐに職員が本人の自宅を訪問する。12時20分●●氏の自宅へ到着。長男妻より茶の間へ案内され、ソファに座りテレビを観ながらくつろいでいる本人を確認する。特に怪我等の症状無し。靴下と靴が少し濡れている程度だった為、どうやってここまで来たのか本人に確認するも不明。12時半過ぎに長男、次男、奥様が帰宅。息子様達がどうやって来たのか本人に確認したところ「ハイヤーで来た」と確認取れる。まず施設に戻ろうと話になり、長男、次男も同行し施設へ戻る。 |  |  |          |   |    |     |      |   |      |  |
| 症状      | <input checked="" type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |  |  |          |   | 部位 |     |      |   |      |  |
| 対応      | <input checked="" type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>単独外出発覚後、すぐに職員が自宅へ迎えに行く。本人には怪我も無く、衣服の汚れも無し。靴と靴下のみ少し濡れている程度。歩行状態も問題なし。  |  |  |          |   |    |     |      |   |      |  |
| バイタルサイン | 体温   | ℃  | 血圧   | /        | mmHg  | 脈拍 | 回/分 | SP02 | % | 計測時間 |  |
| 要因・原因   | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>リスク委員会で検討  |  |  |          |   |    |     |      |   |      |  |
| 事故防止対策  | リスク委員会で検討  |  |  |          |   |    |     |      |   |      |  |
| 家族への説明  | 加ファレソの必要性について  |  | <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 |          |   |    |     |      |   |      |  |
|         | 平成30年12月03日(月)   | 説明方法   | <input checked="" type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> 電話 |          | 説明職員  | ●● |     |      |   |      |  |
|         | 家族氏名   | ●●   |  |          |   |    | 続柄  | 奥様   |   |      |  |
|         | 翌日、改めて自宅へ訪問し謝罪と状況説明、今後の対応について説明させていただく。奥様より、「分かりました。そうしてもらえると安心できます。よろしく願います。」とご理解頂いた。   |  |  |          |   |    |     |      |   |      |  |

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

|     |      |  |  |  |    |    |
|-----|------|--|--|--|----|----|
| 施設長 | 副施設長 |  |  |  | 係長 | 担当 |
|     |      |  |  |  |    |    |

|         |  |         |  |                |  |   |                   |   |      |       |
|---------|--|---------|--|----------------|--|---|-------------------|---|------|-------|
| フリガナ    |  |         | 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>   | 要介護 3          | 移動   | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                   |   |      |       |
| 本人氏名    | ●●様  |         | 85 歳   |                |  |   |                   |   |      |       |
| 報告者     | ●●   |         | 発生(発見)日時   |                | 平成31年02月15日(金) 16:15 分頃  |   |                   |   |      |       |
| 場所      | <input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 拠点フロア <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |         |  |                |  |   |                   |   |      |       |
| 状況      | <input type="checkbox"/> 転倒 <input checked="" type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>居室より「誰か来て。」と叫び声が聞こえた為、訪室すると本人、居室左奥に有る仏壇の前で窓側に頭を向けた状態で床に仰向けに横たわっている所を発見する。車椅子は本人の右足付近に本人の方を向いた状態で置いて有り、ブレーキは掛かっていなかった。また左靴は脱げており車椅子の右フットレストの左横(いつも左フットレストは外した状態で車椅子を使用されている)に落ちていた。どの様に転倒されたのかは分からない様子で、はっきりとした返答は無いも「床のゴミが気になって拾おうとした。」と話される。<br>施設内連絡<br>16:20 医務へ内線にて連絡<br>16:40 施設長へ内線にて報告<br>16:45 援助課長へ口頭にて報告<br>17:30 副施設長へ口頭にて報告 |         |  |                |  |   |                   |   |      |       |
| 症状      | <input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感<br><input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )  |         |  |                |  | 部位  | 右側頭部、右肩、右腕、右脛、左足背 |   |      |       |
|         | 痛み有り。  |         |  |                |  |   |                   |   |      |       |
| 対応      | <input type="checkbox"/> 様子観察 <input checked="" type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>医務対応にて湿布貼用  |         |  |                |  |   |                   |   |      |       |
| バイタルサイン | 体温   | 36.2 °C | 血圧   | 168 / 106 mmHg | 脈拍   | 72 回/分  | SP02              | % | 計測時間 | 16:30 |
| 要因・原因   | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>リスク委員会で検討  |         |  |                |  |   |                   |   |      |       |
| 事故防止対策  | リスク委員会で検討  |         |  |                |  |   |                   |   |      |       |
|         | 加ファリスの必要性について  |         | <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 |                |  |   |                   |   |      |       |
| 家族への説明  | 平成31年02月15日(金)   |         | 説明方法   |                | <input checked="" type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> 電話 |   | 説明職員              |   | ●●   |       |
|         | 家族氏名   |         | ●●   |                | 続柄   |   | 姪                 |   |      |       |
|         | 当日、事故状況の詳細を家族にお伝えし謝罪する。ご家族様より「何でゴミなんか拾おうとするの？職員に言えばいいさね。」とのお話し有り。  |         |  |                |  |   |                   |   |      |       |



# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

|     |      |  |  |  |    |    |
|-----|------|--|--|--|----|----|
| 施設長 | 副施設長 |  |  |  | 係長 | 担当 |
|     |      |  |  |  |    |    |

|         |   |                                      |       |                         |   |        |      |   |      |
|---------|---|--------------------------------------|-------|-------------------------|---|--------|------|---|------|
| フリガナ    |   | 男 <input checked="" type="radio"/> 女 | 要介護 4 | 移動                      | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |        |      |   |      |
| 本人氏名    | ●●様   | 93 歳                                 |       |                         |   |        |      |   |      |
| 報告者     | ●●  | 発生(発見)日時                             |       | 平成31年02月02日(土) 23:40 分頃 |   |        |      |   |      |
| 場所      | <input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 拠点707 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内<br><input type="checkbox"/> その他(自室ベッド付近)  |                                      |       |                         |   |        |      |   |      |
| 状況      | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トラブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>ドンと物音し訪室。ベッド手前の床に右半身を下にして転倒している。痛み確認するも不明。介助にてベッドに移乗。その際に苦痛表情なし。左側頭部に2~3cmの裂傷にて出血有り。圧迫止血し1分程度で止血に至る。排尿の訴えありトイレに移乗。座ると直ぐに立ち上がろうとされるので排尿はトイレにして良い事を伝え再度座って頂く。排尿確認してから再度ベッドに移乗し横になって頂く。<br><施設内連絡><br>2月3日 0時18分 施設長に電話連絡するも繋がらず、チャットラックにて事故の報告。<br>0時19分 副施設長に電話連絡するも繋がらず、チャットラックにて事故の報告。<br>0時25分 副施設長から折り返し電話連絡あり、再度事故の件と現在の状況報告。          |                                      |       |                         |   |        |      |   |      |
| 症状      | <input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input checked="" type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |                                      |       |                         | 部位  | 左側頭部   |      |   |      |
| 対応      | <input checked="" type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 止血 <input checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>皮膚裂傷部は直ぐに圧迫止血行い1分程度で止血。痛みは確認するも痛いとの返答はなく、立ち上がり等の動作時に苦痛表情も見られない。待機看護師に電話連絡しバイタル、状況伝える。止血しているのであれば、患部にガーゼ保護は頭髪もあり難しいのでこのまま様子見ていく様にとの事。変化あれば再度連絡する事となる。<br>2月4日家族の希望により●●病院受診。頭部CTの結果、左側頭部に昔の梗塞の後があるが、新しい出血は見られず。Drより、きっかけは解らないが、混乱状態となっており、せん妄かもしれないし、右肺に水が溜まっており、それに関係しているのかもしれない。昼夜逆転になっており、リズムを取り戻すしかない。日中は15時以降は起こすようにしてください。夜間不穏時、リスパダール1T、5回分処方となる。また不穏状態あったら受診してくださいとの指示あり。 |                                      |       |                         |   |        |      |   |      |
| バイタルサイン | 体温  | 36.2 °C                              | 血圧    | 122 / 55 mmHg           | 脈拍  | 62 回/分 | SP02 | % | 計測時間 |
| 要因・原因   | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> ルール不遵守 <input type="checkbox"/> 情報不足 <input type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>リスク委員会で検討   |                                      |       |                         |   |        |      |   |      |
| 事故防止対策  | リスク委員会で検討   |                                      |       |                         |   |        |      |   |      |
| 家族への説明  | 平成31年02月03日(日)  |                                      | 説明方法  |                         | <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話  |        | 説明職員 |   | ●●   |
|         | 家族氏名  |                                      |       |                         | 続柄  |        | 娘    |   |      |
|         | 2月2日7時頃、●●様に電話連絡し事故の件、現在の状況伝え謝罪する。ご家族からは「わざわざ連絡ありがとうございます。今日の午前中にも様子見に行きます」と話しあり。また夜間は行動の把握が難しくセンサーの使用の件を伝え承得た。   |                                      |       |                         |   |        |      |   |      |