

事故報告書		施設長	援助課長				係長	担当	
ブルーツ・シャトーよいち									
フリガナ		男 <input checked="" type="radio"/> 女	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				
本人氏名	●●●●様	88歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )				
報告者	●●●●	発生(発見)日時		令和03年04月04日(日) 18:20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 <input type="checkbox"/> その他(食卓テーブル) )								
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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 本人の点眼薬ではなく他人居者のピコスルファートナトリウム内用液を点眼してしまう。すぐに気づき医務を呼ぶ前にご本人の洗面台に連れて行き両目を何度も洗浄する。 施設内報告 18:20 ●●援助員より医務に誤薬事故の件口頭にて連絡する。 18:25 ●●援助員より施設長に誤薬事故の件電話にて報告する。 21:25 ●●援助員より●●課長に誤薬事故の件チャットラックにて報告する。								
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 <input type="checkbox"/> その他 ( )					部位	両目		
	今現在は特に症状なく経過している。								
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 checked="" type="checkbox"/> その他(洗浄) ) ピコスルファートナトリウム内用液を点眼してしまい、直ぐに気づき両目を流水で洗った。洗浄後直ぐに口頭にて医務に状況を伝えている。								
A'イロイ	体温	37℃	血圧	146 / 90 mmHg	脈拍	67回/分	SP02	97%	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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 別紙様式による								
事故防止対策	別紙様式による								
	がケガの必要性について		<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要						
家族への説明	令和03年04月04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		●●●●様					続柄	
	夕食後に本人の点眼薬ではなく他人居者のピコスルファートナトリウム内用液を間違えて点眼してしまった件を謝罪を兼ねて伝える。ご家族様からは、「何ともなければ何も心配いらないよ。気にしなくてもいいから。いつもよくしてもらってるからね。大丈夫だから」と温かいお言葉を頂く。								

<b>事故報告書</b>	施設長		援助課長			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 <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
本人氏名	●●●●●● 様	95 歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者				発生(発見)日時	令和03年05月01日(土) 17:30 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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 居室内側からドアをノックする様な音あり。訪室すると左側を下にした状態で床に居る所を発見。また下衣が下ろされた状態でもあった。職員2名でベッドに移動し医務を呼ぶ。 5月1日 18:00 ●援助員より施設長へ事故の件報告する。 ●援助員より●●相談課長へ事故の件報告する。 ●援助員より●●援助課長へ事故の件報告する。
----	---

症状	<input type="checkbox"/> 無傷 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	左陽骨・頭部
看護師と一緒に状態観察行う。左陽骨辺りに擦り傷。自己申告で頭部を打ったとの事。			

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 ( ) 右陽骨部に小さい皮むけあり、出血見られる。他腫れ、変色見られない、バイタル著変見られなく、運動制限、嘔気見られない。右陽骨部に軟膏塗布、ガーゼ、フィルム処置、右肩、右臀部に消炎鎮痛剤塗布する。48時間観察する。
----	--

バイタル	体温	37.1℃	血圧	153 / 95 mmHg	脈拍	60 回/分	SPO2	%	計測時間	17:55
------	----	-------	----	---------------	----	--------	------	---	------	-------

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	
かファリ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	令和03年05月01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	●●	
居室内での転倒の件電話で報告。謝罪する。					

<b>事故報告書</b>	施設長		援助課長	医務課長	相談員	係長	担当
	フルーツ・シャトーよいち						

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
本人氏名 ●●●● 様	88 歳		<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者 ●●●●	発生(発見)日時 令和03年05月04日(火) 12:10 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 <input type="checkbox"/> その他 (ポータブルトイレ横 )
----	--

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 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (座り込み ) 昼食を済ませた後、居室に戻られるが、「落ちる、落ちる」と他入居者より教えて下さり直ぐに居室に向かう。訪室すると既に車椅子を背に床に座られていた。本人は、「よいっしょ、よいしょ」と掛け声で動こうとしていたが車椅子の左フットレストの隙間に左前腕部が入っていた。抜こうとするが中々抜けず他の援助員に助けを求め何とか抜ける。そのまま2名介助でポータブルトイレに座ってもらいそのまま身体観察を行なう。左腕に擦過傷あり少量の出血、腫れもみられる。他は特に変わり無く痛みもない。又、本人は状況を理解していない (施設内報告) 12時13分 ●●看護師に内線にて伝える。 13時27分 施設長へチャットラックにて報告する。 17時00分 ●●課長へ口頭にて伝える。
----	---

症状	<input type="checkbox"/> 無傷 <input checked="" type="checkbox"/> 表皮剥離 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	左前腕部
左腕に1cmの皮剥け、4cm大の腫れ、内出血部みられる			

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 ( ) 医務を呼びステリーテープ、ガーゼ、フィルム保護にて処置して頂く。
----	---

バイタルサイン	体温 36.5℃	血圧 126 / 89 mmHg	脈拍 67 回/分	SpO2 98 %	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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 別紙様式による
-------	---

事故防止対策	別紙様式による
	がファル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	令和03年05月04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	●●●●様	続柄		
電話にて事故の状況を伝え謝罪する。ご家族より、「いつもお世話になってすみません。手も悪いものですから、かえってお世話掛けます。私たちもなかなか会いに行けないものですから、これからも宜しくお願いしますね」とのお言葉を頂く。					

<h1>事故報告書</h1>	施設長	援助課長				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 <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
本人氏名	●●●● 様	93 歳		<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者	●●●●		発生(発見)日時	令和03年05月16日(日) 14:50 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 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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	車椅子自走中、拠点パソコン近くで前のめりに車椅子から転落。額から落ちてしまい床に右側臥位で倒れる。職員は拠点に居たが、気付いた時には既に車椅子が前に傾いてしまっていて間に合わず支える事が出来なかった。
	【施設内報告】 ①14:50 医務課長へ、口頭にて状況報告する。 ②16:20 施設長へ、電話にて状況報告する。 ③21:00 援助課長へ、口頭にて状況報告する。

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 checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	左臉上
	左臉やや上に1cm程の裂傷あり多量の出血確認。そのやや上辺り(額左側)に腫れ確認する。鼻の頭も眼鏡の鼻パットが押し付けられた事によって出来たと思われる変色あり。		

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 type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	看護師に報告。圧迫止血し処置して頂く。ご本人より額の痛み訴えあり。眩暈・嘔気・嘔吐は無し。ご本人より今の体調もしっかり受け答え出来ている為、このまま経過観察し、何か新たに症状出れば受診を検討すると話あり。

バイタル	体温	°C	血压	171 / 91 mmHg	脈拍	94 回/分	SPO2	%	計測時間	15:00
------	----	----	----	---------------	----	--------	------	---	------	-------

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
----------	--

事故防止 対策	
	加ワレシの必要性について <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要

家族への 説明	令和03年05月16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		
	電話にて車椅子より転落され左臉からの出血は見られたが今は落ち着いている事、その後の状態と経過を診て、何かあれば受診する事、その際は再度連絡する事をお伝えし謝罪する。「わかりました、よろしく申し上げます。」と返答頂く。				

<h1>事故 報告書</h1>	施設長	援助課長				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 <input type="checkbox"/>	要介護 5	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	83 歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者	●●●●			発生(発見)日時	令和03年05月19日(水) 19:50 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7F <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ダリヤ室から「ざざざ」と物音が聞こえた為、居室に訪室すると、ベッド右側の床で右半身を下(右肩と右足が床につき、頭部は床から離れている)にした状態で倒れている所を発見する。 9時05分 援助課長へ口頭にて報告する。 9時15分 施設長へ口頭にて報告する。
----	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> その他(後頭部の痛みの訴えあり。) 後頭部に痛みがあると本人から訴えあり。全身観察行っても腫れや変色等の外傷見られず。	部位	後頭部
----	--	----	-----

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 type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 援助員1名でベッドへ全介助で移動する。待機看護師が在勤されていた為、報告する。本人が落ち着いてからバイタル測定、全身観察行う。頭部を打った様子は見受けられ無いが、本人より後頭部をぶつけたと訴あり経過観察する。
----	---

バイタル	体温	36.3℃	血圧	109 / 58 mmHg	脈拍	90 回/分	SPO2	97 %	計測時間	19:50
------	----	-------	----	---------------	----	--------	------	------	------	-------

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	
--------	--

家族への説明	カンパリスの必要性について <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要
	令和03年05月20日(木) 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

看護師より転倒時の状況及び、経過、次回受診の件を連絡し、謝罪する。

<h1>事故報告書</h1>	施設長	援助課長				係長	担当

フルーツ・シャトーよいち

フガナ	●●●●●	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	要介護5	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 <input type="checkbox"/> その他( )
本人氏名	●●●●● 様	95歳			
報告者	●●●			発生(発見)日時	令和03年06月01日(火) 10:20 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707 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内 <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 <input type="checkbox"/> その他( )
	食事席から立ち上がり歩き始めた為付添いを行おうと職員が傍に行く。その際に本人が少しよるめいた為支えようとしたが支えきる事が出来ず左側を下にするように転倒する。
	<施設内連絡> 10:45 ●●●援助課長に事故の報告する。 11:00 看護師から施設長に事故の経緯など報告する。

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 <input checked="" type="checkbox"/> その他( )	部位	左大腿骨近位骨折
	事故発生時、痛みは訴えられるが、どこが痛いという明確な返答は得られず。また腫れ、変色はこの時点で出現しておらず負傷箇所は不明。10時40分頃、起立時に左大腿の辺りを抑え痛みの訴えあり。13時半頃、●●●●●病院整形外科受診し日大腿骨付近骨折との診断を受ける。		

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 checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他( )
	職員2名対応で椅子に座ってもらう。しばらく様子を見ていたが腫れ、変色出現はないが起立時に動かすと痛みがある為、看護師に連絡。看護師が●●●●●病院に受診の連絡。13時半頃●●●●●病院整形外科受診し左腸骨頸部骨折との診断受け入院となる。3日に●●●●●病院に転院し手術予定。

バイタル	体温	36.6℃	血圧	148 / 46 mmHg	脈拍	79 回/分	SP02	98 %	計測時間	10:40
------	----	-------	----	---------------	----	--------	------	------	------	-------

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 <input type="checkbox"/> その他( )
-------	---

事故防止対策	
--------	--

ケアワル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	令和03年06月01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	●●●様	続柄	次男	
	事故の発生・状況・病院受診する事電話で連絡合わせて謝罪させていただく。また受診の結果なども分かり次第報告させていただく事の説明する。「分かりました、よろしく申し上げます」とお言葉頂く。				



<b>事故報告書</b>	施設長	援助課長	係長	担当

フルーツ・シャトーよいち

フリガナ	●●●● 様	<input checked="" type="radio"/> 男 <input 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
本人氏名	●●●● 様	84 歳			
報告者	●●●●			発生(発見)日時	令和03年06月20日(火) 13:00 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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
状況	ホチキス・セロテープで止めていた昼食後薬の上部4包(3/4)の空袋を服薬介助後に手に持っていたが、副食が残っていた為空いている皿に入れる作業をした際に、一旦お膳横に置いてしまう。 空いた食器を下げ、切り取った下部4包の空袋(1/4)のみをごみ箱に捨てたが、上部も一緒に捨てたと思っていた。対応していた職員が入浴介助の為、体感から戻った職員と交代した時に、●●●氏から1・2分間程目を離した時間があった。 その間残った副食をご自身で召し上がって頂いており、昼食後薬の空袋上部4包も口に入れた様子。 ご本人口から吐き出した際、フロッコリーなど噛み切れなかったものと一緒に薬の空袋上部4包も吐き出された。交代した職員から誤食の報告を受けた時に、お膳横に置いたのを思い出した。 【施設内連絡】 14:00 医務へ口頭にて報告する。 16:30 課長へ口頭にて報告する。 16:45 施設長へチャットブックにて報告する。 16:50 SVへ口頭にて報告する。

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 <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 ( )
対応	ご本人吐き出した後職員が口内を触り、他にも入っていないかを確認した。 薬を飲ませた職員に確認を取り、ごみ箱にあった空袋を合わせ、4包全ての空袋を確認できたので誤飲は無いと判断した。 ご本人お変わりなく、バイタル測定せず看護師に連絡し、様子観察するよう助言を受ける。

バイタル	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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	
--------	--

家族への説明	かファミリーの必要性について <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要
家族への説明	令和03年07月01日(木) 説明方法 <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 説明職員 ●●●●
家族への説明	家族氏名 ●●●● 続柄
家族への説明	誤食された状況、現在の様子、近況の様子をご報告し、ご家族から「わかりました。よろしく願います」とのお言葉を頂く。



事故報告書		施設長	援助課長				係長	担当		
フルーツ・シャトーよいち										
刀がナ	●●●●●●●●	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	要介護 3	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 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
本人氏名	●●●●●● 様	100 歳								
報告者	●●●●	発生(発見)日時		令和03年07月02日(金) 09:40 分頃						
場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ホール <input checked="" 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 <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 type="checkbox"/> 単独外出 <input checked="" type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 浴槽から立ち上がり方向転換した際に、浴槽の縁にある蛇口に左臀部が軽く触れてしまう。 <施設内連絡> 11:50 ●●施設長に電話にて事故の状況、本人の状態について報告する。 12:22 ●●援助課長にチャットラックにて事故の状況、本人の状態について報告する。									
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 checked="" type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> その他 ( )						部位	左臀部		
	横幅3~4cm程の赤みできてしまう。当たった際、「熱ーい！」と本人も声を上げられる。									
対応	<input 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 ( ) 直ぐに冷水にて冷却するも本人嫌がる為、水を温らせたタオルを臀部に当て冷却する。看護師に連絡し、軟膏塗布。また、保冷材にてしばらく冷却指示あり。									
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 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
事故防止対策										
	加ワケの必要性について		<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要							
家族への説明	令和03年07月02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		長男			
	事故の状況、本人の状態についてお電話にて連絡させて頂き、謝罪する。「母が慣れている場所でも起きてしまうんですね。身体の衰えもあるんでしょうね。今後ともよろしく願います」とお言葉頂く。									

<b>事故報告書</b>	施設長		援助課長		係長		担当	
	フルーツ・シャトーよいち							

フリガナ		<input checked="" type="checkbox"/> 女	要介護 2	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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
本人氏名	●●●● 様	80 歳			

報告者	●●●●	発生(発見)日時	令和03年07月06日(火) 06:45 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F07 <input checked="" type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
状況	職員、他入居者の居室にいます。廊下から「どん！」と大きな音と「いてー！」と男性の叫び声聞こえ駆けつける。男子トイレの入口の所で右側臥位に倒れている本人を発見。靴は履いていたが踵を踏んで歩いていた。本人より「壁にぶつかって転んだんだ！頭は打ってない！」と話あり。右大腿部をさすり強い痛みの訴えあり。自力で手すりに掴まり膝立ちまでは出来たがその先は動けず、職員2名対応で車椅子に座って頂く。座った途端「痛くて座れねー！」と叫ぶ様子あり、座位保持不可。職員2名でご本人を居室ベッドまで運び安静促す。 施設内報告 ①7:16 医務課長へ援助係長より、事故の詳細と本人の症状を電話にて報告する。 ②7:20 施設長へ援助係長より、事故の詳細と本人の症状を電話にて報告する。 ③8:00 SVへ援助係長より、事故の詳細と本人の症状を口頭にて報告する。 ④12:00 援助課長へ援助係長より、事故の詳細と本人の症状、受診された経緯を口頭にて報告する。

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 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 右大腿転子部骨折 )	部位	右大腿転子部
----	--	----	--------

症状	右大腿部を動かそうとすると強い痛み訴えあり。動かさなければ痛くないと話される。身体観察の為患部に触れるも特に痛みの訴えは無いが、やはり少しでも動かすと強い痛みある様子。
----	--

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 checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( )
----	--

対応	待機看護師へ連絡し詳細報告。ベッド上で安静促し経過見よう指示あり、受診も状態を直接見て検討するとの事。施設長にも電話にて詳細報告し、受診決まり次第ご家族へ電話するよう指示受ける。朝食は食べれそうであればベッド上で側臥位のまま摂取し、朝食後薬は中止し痛み止めのみ服用するようにと話あり。朝食は少量摂取し、痛み止め服用する。10時に●●●●受診となる。結果、右大腿骨転子部の骨折と診断受け、手術の為入院となる。
----	---

バイタルサイン	体温 36.4℃         血圧 127 / 87 mmHg         脈拍 63 回/分         SpO2 98 %         計測時間 7:10
---------	---

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	
加ファリ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	令和03年07月06日(火) 説明方法 <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 説明職員 ●●●●
家族への説明	家族氏名 ●●●● 続柄
家族への説明	電話にて、今朝に転倒された事、右大腿部～大転子にかけて強い痛みある為●●●●への受診の相談をする。●●●●より「わかりました」と返信あり、受診の準備をする事をお伝えする。

<h1>事故報告書</h1>	施設長	援助課長				係長	担当

フルーツ・シャトーよいち

性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	要介護 4	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 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
本人氏名	●●●● 様	79 歳								
報告者	●●●●	発生(発見)日時	令和03年07月17日(土) 12:50 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 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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 本人、居室から出て来られ拠点内のテーブルで前傾姿勢になり転倒されそうになった為、テーブル付近にいた職員が駆けつけ本人の上衣の右肩と腰の部分引っ張ったが、身体を支える事が出来なかった為、左側を下に転倒され左眉下を切り出血される。 【施設内報告】 11月17日 12:51 ●●主任援助員から医務(●●看護師)へ連絡 13:10 ●●援助員から施設長へ報告 14:30 ●●主任援助員から●●援助課長へ報告									
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 <input type="checkbox"/> その他 ( )			部位	左眉下					
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 checked="" type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 左眉下より出血有り、医務が来るまで援助員が圧迫し止血する。									
バイタル	体温	36.3℃	血圧	129 / 84 mmHg	脈拍	66 回/分	SPO2	96 %	計測時間	12:55
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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 別紙様式による									
事故防止対策	別紙様式による									
	カフアレ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	令和03年07月17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					
	12時50分、拠点内にて転倒され左眉下2cm程切り傷有り、48時間様子を見ていく事をお伝えする。ご家族様より「ご心配掛けて申し訳ございません。宜しくお願い致します」とのお言葉を頂く。									

<h1>事故報告書</h1>	施設長		援助課長		係長		担当	
	フルーツ・シャトーよいち							

性別	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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
本人氏名	●●●● 様	年齢	95 歳		
報告者	●●●	発生(発見)日時	令和03年07月19日(月) 07:00 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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 起床後拠点へ誘導し、薬箱から薬を取り出して、服薬する。服薬を済ませた後に他の方のお薬だと気づき誤薬が発覚する。 【服薬内容】 ミノドロン酸錠50mg：骨がもろくなるのを防ぐ薬。1錠  【施設内連絡】 7月19日 7:10 ●●●援助員から医務課長へ電話にて誤薬の件について連絡する。 7:15 ●●●援助員から施設長へ電話にて誤薬の件について報告する。 10:30 ●●●援助員から●●●援助課長へ口頭にて誤薬の件について報告する。 12:10 ●●●援助員から●●●援助課長へチャットラックにて誤薬の件について報告する。
----	--

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"/> 肉出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	
体調変化見られず。			

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 ( ) 7時10分待機看護師へ連絡する。待機看護師より、●●●病院へ対応確認する。経過観察、また内服薬(アレンドロン)については、午後整形外科医師に確認する様指示あり。同日午後に、整形外科医師に内服薬について確認する。ミノドロンは4週間効果がある薬なのでアレンドロンも4週間服用を中止する様指示あり。
----	---

バイタル	体温	36.5℃	血圧	166 / 69 mmHg	脈拍	59 回/分	SP02	%	計測時間	7月19日 7:10
------	----	-------	----	---------------	----	--------	------	---	------	------------

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	
カフアレ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	令和03年07月19日(月)	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	
電話にて、誤薬事故の件について状況を説明し謝罪する。ご家族様より、「かえってすみません。よろしくお願ひします。」とお話し受ける。また、内服薬について、整形外科医師に確認後改めてご連絡させて頂く旨お伝えする。					



<h1>事故報告書</h1>	施設長		援助課長		係長	担当
	フルーツ・シャトーよいち					

フガナ		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
本人氏名	●●●● 様	84 歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者	●●●●			発生(発見)日時	令和03年08月18日(水) 15:45 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 <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 type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> その他(強打)
状況	居室よりガシャン・ゴンツ「イテッ」と同時に聞こえた為、訪室するとベッド上にて四つん這いで蹲っているのを発見する。 額を押さえて蹲っている為、「大丈夫ですか？」と声を掛けると「せつねえ」と話され、額を摩られている。 ベッド上にて四つん這いになり、壁についている電気(もしくはコード)を左手で掴もうとしてベッドについていた右腕の力が抜けベッドに頭部をぶつけられたと思われる。 施設内報告 15:50 援助員から医務へ報告する。 17:00 援助員から施設長へ口頭にて状況報告する。 17:10 援助員から援助課長へ口頭にて状況報告する。

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	右額
症状	右額に3cm程の変色・腫れあり。		

対応	<input 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 ( )
対応	職員2名にてベッド上で仰臥位になって頂き、額の様子を確認し、貼れ・赤み確認する。 医務に連絡し保冷剤にて額を冷やすも手で払われる為10分程で止める。 その後もベッド上にてタオルケットを引っ張られたり、サイドレールを揺らしたりされている為、一度離床して頂く。 拠点にて過ごされているもテーブルを動かしたりソファを引っ張る等落ち着かない様子見られる為、16時45分に臨時薬リスベリドン0.5服薬する。

バイタル	体温	36.4℃	血圧	100 / 66 mmHg	脈拍	73 回/分	SP02	%	計測時間	15:45
------	----	-------	----	---------------	----	--------	------	---	------	-------

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	
加ファ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	令和03年08月18日(水) 説明方法 <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 説明職員 ●●●●
家族への説明	家族氏名 ●●●● 続柄
家族への説明	お電話にて居室ベッド上にて額をぶつけ変色・腫れ見られている事をお伝えする。「どんな状況でぶつけたのか」と尋ねられた為、そうだったであろう経緯(推測)をお伝えする。「そうですか。色々やる人だし女性ならそんな動かないかもしれないけど男だから気を付けてちょこちょこ様子見て欲しいですね」とお話を受ける。気を付けて様子を伺っていくことをお伝えする。

<h1>事故報告書</h1>	施設長	援助課長				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 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
本人氏名	●●●● 様	77 歳		
報告者	●●●●		発生(発見)日時	令和03年09月06日(月) 17:40 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 <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"/> トリプル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )
状況	<p>食事の為にリフトを使用し車椅子に移動後、留置バックを車椅子の後ろに掛ける為後ろに回ると前から「ドン」と音が聞こえ確認すると車椅子から転落している所を発見する。ベッドと床に頭部が挟まる形で転落されているが、自身で防御姿勢取る事は出来ない為ベッドサイドに一度ぶつかった後挟まってしまったと思われる。移乗時車椅子のティルトを直角にしており後ろに回る際にティルトを傾けるのを忘れてしまった。</p> <p>【施設内報告】  17時50分 施設長へ 転落があった事を口頭にて報告する。  18時16分 医務課長へ 転落があった事をチャットラックで報告する。  18時17分 援助課長へ 転落があった事をチャットラックで報告する。</p>

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 checked="" type="checkbox"/> 腫れ <input checked="" type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	前頭部・両肘
症状	前頭部に変色2cm大 右肘2×2cm大 左肘1×1cm大		

対応	<input 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 checked="" type="checkbox"/> その他(絆創膏)
対応	<p>他職員へ連絡し、状態を確認してから2人介助でベッドへ移乗後看護師へ報告する。看護師と全身確認を行い、前頭部は腫れと変色がある為クーリング施行。右肘は切傷がある為、絆創膏を貼り、左肘は切傷と熱感ある為、絆創膏とクーリングを行う。嘔気症状見られないが、大事を取り夕食は欠食し水分のみ提供するよう指示受ける。</p>

バイタル	体温	36.4℃	血圧	148 / 73 mmHg	脈拍	100 回/分	SP02	98 %	計測時間	17時45分頃
------	----	-------	----	---------------	----	---------	------	------	------	---------

要因	<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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
----	--

原因	
----	--

事故防止対策	
--------	--

ケアの必要性について	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要
------------	--

家族への説明	令和03年09月06日(月) 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

18:00 事故の件で電話連絡するも不在の為に留守電にメッセージ残す。  
18:40 折り返し連絡あり、事故状況及び経過をお伝えし、謝罪し併せて状態に変化があった際は、再度連絡させて頂く事をお伝えする。「事情はよく分かりました。このような事はあると思います。母をみてもらってこちらこそ感謝しています。」と心温まるお言葉を頂く。

<h1>事故報告書</h1>	施設長		援助課長		係長		担当	
	フルーツ・シャトーよいち							

フリガナ	●●●●●	男 <input checked="" type="checkbox"/>	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	95 歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )

報告者	●●●●●	発生(発見)日時	令和03年09月08日(水) 06:00 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 <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"/> トワブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 早朝、他入居者介助後、様子を見に居室へ行くと、床に仰向けで倒れているのを発見。その際痛みや、外傷、変色は見られない。 <施設内連絡> 6:30 施設長にチャットラックにて事故の報告する。 6:30 ●●●●●援助課長にチャットラックにて事故の報告する。
----	--

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 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 右大腿部頭部骨折 )	部位	右下肢
事故当初「痛い」との訴えはないが、右下肢を動かすと「突っ張る」「きつい」と話される。患部の腫れ、変色はなし。その後夕方まで経過見るも痛みはあり自発的に右下肢を動かす事が困難な状態。20時頃に介助の為患部を確認すると右大腿部に腫れ、熱感あり。翌日10時頃●●●●●病院受診しCT検査結果、右大腿部頭部骨折の診断受け、●●●●●病院救急搬送となる。			

対応	<input checked="" type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> 温布 <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 ( ) 転倒発見し介助にて車椅子に移乗し、拠点にてバイタル測定行い車椅子のまま見守り行う。待機看護師に電話連絡。6時43分頃に待機看護師到着し状態診る。右下肢の伸展の際に苦痛表情見られるが、他の症状あるまでこのまま車椅子上で見守りし様子見るよう対応。その後も状態観察継続。20時頃に援助員2名で介助に入った際に右大腿部に腫れ、熱感あり在勤中であった待機看護師に連絡。看護師から対応の指示受け、翌日の受診まで経過見るよう指示を受けた。翌日10時頃●●●●●病院受診し骨折の診断受け、●●●●●病院に搬送となった。
----	---

バイタル	体温	36.4℃	血圧	155 / 111 mmHg	脈拍	68 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	カフワイ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	令和03年09月08日(水)	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	次男	
事故の発生・状態を電話で連絡し、合わせて謝罪させて頂く。また受診となった場合や、体調の変化等あった際にはその都度報告させていただく事の説明する。「分かりました。すいませんがよろしくお願いします」とお言葉頂く。					



<h1>事故報告書</h1>	施設長					援助課長	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	90 歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者	●●●●			発生(発見)日時	令和03年10月04日(月) 09:10 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 <input type="checkbox"/> その他(拠点食卓)
----	---

状況	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤食 <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> トワール <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他(喉つまり)
状況	職員が梅川拠点を離れ登拠点に行く。1~2分後に梅川拠点に戻ると、下を向き右手が下に伸びている状態であった。確認すると、顔面蒼白・口唇にチアノーゼ、声掛けに反応がなかった。 【施設内連絡】 9:10 看護師より、喉つまりあり緊急受診する旨施設長に報告する。

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 <input checked="" type="checkbox"/> その他(顔面蒼白・口唇チアノーゼ、声掛けに反応なし。 )	部位	
----	--	----	--

症状	顔面蒼白、口唇にチアノーゼあり声掛けに反応なし。
----	--------------------------

対応	<input type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input checked="" 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( ) 義歯を外し口腔内の物を掻き出す。その後背部タッピング、腹部圧迫施行しながら他職員に看護師を呼ぶよう依頼。看護師到着まで職員2名で背部タッピングと腹部圧迫継続し、2cm程のすり身のかまぼこが口から出てくる。●●氏には切れている物を提供していたが、口から出てきたものは切れていない状態のものであった。看護師居室に到着し、同処置施行継続で顔色戻りチアノーゼ改善。意識も戻ったが●●●●病院に搬送。
----	---

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 <input type="checkbox"/> その他( )
-------	---

事故防止対策	
かファル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	令和03年10月04日(月)	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	
家族への説明	朝食時の喉つまりの件に関して説明と本人の状態お伝えする。「そうですねご迷惑かけて」とお言葉頂く。現在受診中の為、病院へ向かうことは可能ですか何うと「大丈夫です。10~15分ぐらいしたら行きます」とご返答頂く				

<h1>事故報告書</h1>	施設長		援助課長		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 <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
本人氏名	●●●●様	91歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )

報告者	●●●●	発生(発見)日時	令和03年11月17日(水) 07:00 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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
状況	<p>明け職員が他の入居者の起床時薬の服用介助を行なおうとした際にボックスを確認すると入っていない、就寝時に飲んだはずと思っていた就寝時薬が残っていた。早番の職員と共にゴミ袋の中を探すと他の入居者の17日の起床薬の袋を発見し、本人の就寝時薬では無く他人入居者の起床時薬を前日就寝時(オロパタジン塩酸塩0.05錠 5mg)に服用させてしまった事に気が付く。</p> <p>11月17日            07:15 ●●より●●援助課長へ口頭にて誤薬の件報告する。            07:30 ●●主任より施設長へ電話にて誤薬の件報告する。            08:50 ●●より医務課長へ内線にて誤薬の件報告する。</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 <input checked="" type="checkbox"/> その他(体調変化なし)	部位	
----	---	----	--

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(誤薬しのか事実確認を行なう。) ・拠点ゴミ箱、本人の居室のゴミ箱を確認を行ない、他の方の16日分就寝時薬の空袋17日分の起床時薬の空袋を確認する。 ・該当職員へ服薬介助を行なったのか事実確認を行なう。
----	--

バイタル	体温	36.4℃	血圧	91 / 56 mmHg	脈拍	58 回/分	SP02	97 %	計測時間	9:00
------	----	-------	----	--------------	----	--------	------	------	------	------

要因	<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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
----	---

原因	別紙様式による
----	---------

事故防止対策	別紙様式による
--------	---------

家族への説明	令和03年11月17日(水) 説明方法 <input checked="" type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> 電話 説明職員 ●●援助係長 家族氏名 ●●●●様 続柄
--------	---

家族への説明	口頭にて状況説明し謝罪する。「気にしなくていいよ。かゆみ止めの薬だから」とご理解頂く。
--------	---

<b>事故報告書</b>	施設長	援助課長				係長	担当

フルーツ・シャトーよいち

フリガナ		<input checked="" type="checkbox"/> 女	要介護 3	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	91 歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )					
報告者	●●●●			発生(発見)日時	令和03年11月22日(月) 08:00 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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 朝食の声掛けに訪室するとベッドに横になられており「さっきここで転んだんだ」と言われる。状況を伺うとトイレ使用後居室に戻り立ったまま紙パンツを交換しようとした際に足が滑りそのまま転んだとの事。下衣を脱ぐために靴も脱いでおり靴下は履いた状態。 9:30 施設長へ報告 14:40 援助課長へチャットラックにて報告									
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 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 左足を地面につけると大腿部付け根付近に痛みあり )				部位	左大腿部付け根付近				
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 ( ) 居室安静後、午後より受診予定。									
バイタル	体温	36.4℃	血圧	167 / 99 mmHg	脈拍	55 回/分	SPO2	95 %	計測時間	9:30
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 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
事故防止対策										
家族への説明	令和03年11月22日(月)		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					
	電話にて転倒した事を報告、謝罪し了承を得る。また、午後より受診を予定しており、受診結果がわかりしだい看護師より連絡する事を合わせてお伝えする。「わかりました。よろしく申し上げます。」とお話あり。									

<h1>事故報告書</h1>	施設長		援助課長			係長		担当	
	フルーツ・シャトーよいち								

フリガナ		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	要介護 3	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	82 歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )	
報告者	●●●●	発生(発見)日時		令和03年09月20日(月) 14:00 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7F7A <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input checked="" type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
状況	<p>1人で歩行器使用し正面玄関から施設を出た後、敷地内左回りで歩かれている所を●●職員がユニット入居者の居室の窓から●●氏の姿を発見したと報告受ける。●●職員より後程その時の状況を確認すると、●●氏を見つけてすぐに付き添いどこに行くのか何うと「帰るんだ」と話され、段々と興奮状態となられ、歩くのを止めずにももの凄い勢いで駐車場方面へ向かったとの事。そのまま職員も付き添って行き、駐車場を抜け道路を渡ろうとしている時に医務課長が来て、●●氏に声を掛けるとようやく中に戻る事を聞き入れて下さり、車椅子に座り拠点まで戻る事ができたとの事。その後●●氏は拠点や居室で落ち着かれて過ごされる。単独外出5分程前に、本館ホールで椅子に座られているのを確認している。事務所も休日であるがいない為6分~10分おきに様子伺っていたが、職員2名で他の入居者の対応をしていた時に外に出られたと思われる。●●職員より内線で報告があった時は、丁度他入居者の対応中で拠点を離れる事が出来なかった。</p> <p>施設内報告          15:00 主任援助員より施設長へ、電話にて無断外出の件とその後の状態報告する。          16:15 主任援助員より援助課長へ、口頭にて単独外出の件とその後の状態報告する。</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 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	
症状	衣類に汚れ見られず。本人に確認しても「なんともない」と話される。動きも変わりなし。拠点に戻られ身体観察するが赤み等なし。		

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 ( )
対応	帰園後は、●●氏の言動・行動に気を配っていたが、ほぼ拠点・自室で過ごされ夕方まで横になり休まれていた。

バイタル	体温 <input type="text"/> °C 血圧 <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg 脈拍 <input type="text"/> 回/分 SP02 <input type="text"/> % 計測時間 <input type="text"/>
------	--

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	
カフアリ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	令和03年09月20日(月)	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	次男	
	電話にて単独外出をされた件と特に怪我も無く施設に戻っている件をお伝えし謝罪する。息子様より「怪我がないなら良かったです。よろしくお願いします。」と返答頂く。				

事故報告書		施設長	援助課長				係長	担当	
フルーツ・シャトーよいち									
7/10	男 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他( )					
本人氏名	●●●●●● 様	100 歳							
報告者	●●●●●●	発生(発見)日時		令和03年09月30日(木) 07:45 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707 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内 <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 <input type="checkbox"/> その他( )								
	<p>トイレからナースコールあり伺うと、トイレ入って正面の壁に背をもたれ尻もちをついた状態のところを発見する。「床のものを拾おうとしたんだよね。どこもぶつけてないとは思うんだけど、痛くないし」と話されたため、前かがみに転倒したもとは思うが詳細は不明。床には個包装のチョコレートが落ちていた。</p> <p>【施設内報告】</p> <p>8:30 看護師出勤、連絡。 9:00 施設長へ援助課長より事故状況報告する。</p>								
症状	<input type="checkbox"/> 無傷 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他(裂傷)						部位	右上腕内側	
	現在右上腕に裂傷見られる。その他に変色、痛みの訴えなく変わらない様子で経過されている。								
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 checked="" type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他( )								
	右前腕皮膚剥離の応急処置行う。新たな変色や痛みの訴え等ないか日中も引き続き様子観察行っていく。頭部打った可能性あり48時間状態みる。								
バイタル	体温	36.1℃	血圧	138 / 78 mmHg	脈拍	61 回/分	SpO2	% 計測時間	7:45
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 <input type="checkbox"/> その他( )								
事故防止対策									
	かワル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	令和03年09月30日(木)		説明方法		<input type="checkbox"/> 面談 <input checked="" type="checkbox"/> 電話		説明職員		●●●●●●
	家族氏名		●●●●●●様		続柄		長女		
	今朝の事故の状況と、額に変色あり頭を打っている為連絡させていただいた旨説明させていただく。「かえって手間かけさせてすみません」とお言葉頂く。								

<h1>事故報告書</h1>	施設長		援助課長		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 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
本人氏名	●●●● 様	95 歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )

報告者	●●●●	発生(発見)日時	令和03年10月08日(金) 05:30 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 <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 type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input checked="" type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( ) トイレへ誘導する為、居室訪室する。声掛けをしこちらに向いてもらった際、左側顔・目頭辺りに変色見られる。本人に状況確認すると「入り口で車椅子から落ちたんだ」と話される。夜間居室から出て来られた様子はなく、転倒等による物音や本人の姿を確認した職員はいなかった。どの様にして、変色等が出来たのかは不明である。 【施設内連絡】 10月8日 5:40: ●●●援助員から●●●課長に変色の件口頭にて報告する。 7:40: ●●●援助員から●●●SVに変色の件口頭にて報告する。 9:20: ●●●援助員から●●●課長に変色の件チャットラックにて報告する。 9:40: ●●●援助員から施設長に変色の件口頭にて報告する。
----	---

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 checked="" type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input checked="" type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	左顔、左目頭辺り
----	--	----	----------

症状	変色部軽く触れると痛みはあるものの、頭痛や吐き気等は見られない。
----	----------------------------------

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 ( ) ベッド上で排泄介助行った際に、身体観察行うも他変色等見られず。また、本人より特に問題ないと話しあるが、頭部を打っている為、起き上がる際にはNC押して職員呼んで頂く様お願いする。バイタル測定するも変わりない為、医務出勤時に状態報告する事とする。 11:00 頭部の内出血の状況から外科受診となる。
----	---

バイタル	体温	36.8℃	血压	106 / 54 mmHg	脈拍	58 回/分	SPO2	97 %	計測時間	5時45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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
----------	--

事故防止 対策	
------------	--

カンファレン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	令和03年10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 長男 電話にて、今朝左の顔と目の周囲に変色発見した事、その状況について説明し、謝罪する。ご家族様より、「誰でもそういった事があるから。ご丁寧にありがとうございます」と返答を受ける。経過観察させて頂く旨お伝えし、受診等する場合は改めて、ご連絡する旨お伝えする。
--------	---

<b>事故報告書</b>	施設長	援助課長				係長	担当

フルーツ・シャトーよいち

7カガナ	男 <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
本人氏名	●●●●●様	95歳		<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者	●●●●●		発生(発見)日時	令和03年10月10日(日) 06:30 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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ナースコールあり訪室すると、居室の床に座り込んでいる本人を発見する。介助にてベットに座っていただく状況聞くと「下着を変えようと思って、立ってから前屈みになった時に前のめりに転んだ」と話される。 【施設内連絡】 10:12 ●●●援助員より、チャットラックにて事故の件報告する。
----	---

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	額・右肩
額に変色と腫れ見られる。右肩には変色はないが痛みがあると話あり。			

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 ( ) 事故の件待機看護師に連絡する。頭部打っている為、患部クーリング氏48時間様子観察するよう指示受ける。額の腫れ部分に冷却シート貼り付けし様子見る。
----	--

バイタルサイン	体温	36.6℃	血圧	135 / 77 mmHg	脈拍	69 回/分	SP02	98 %	計測時間	6:35
---------	----	-------	----	---------------	----	--------	------	------	------	------

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	
--------	--

加ファル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	令和03年10月10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	●●●●●様	続柄	長男嫁	
今朝の居室内での事故の件、本人の状態について連絡する。ご家族より「ご迷惑お掛けしてすみません。よろしくお願いたします」とお言葉頂く。					

<h1>事故報告書</h1>	施設長		援助課長		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 <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
本人氏名	●●●● 様	91 歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者	●●●			発生(発見)日時	令和03年10月23日(土) 20:45 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 <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"/> トワブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 居室の前を通ると●●●氏の独語が聞かれた為、訪室。訪室するとベッド右側床に敷いていた衝撃緩和マットの上に仰向けになっている所を発見する。発見時、「どうしましたか？」と職員が声を掛けるも、意味不明な事を話され聞き取れず詳細は不明。 【施設内連絡】 10月23日 21時35分 ●●●援助員から施設長へ事故の件について電話にて報告する。 10月24日 7時00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。 7時45分 ●●●援助員から●●●SV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 checked="" type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	左こめかみ 舌の裏側
左こめかみ辺りに線状の5mm程の変色が2箇所とその部分に500円玉よりやや大きい腫れが見られる。左手中指辺りに1mm程の皮むけと舌の裏側に、横線状に1cm程の浅い切り傷が見られ微量の出血あり。意識ははっきりしており、嘔気や嘔吐等の症状無く痛みの訴えもなし。0時には、舌の裏側からの出血は止まっていた。			

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 ( ) 20時45分 他グループの職員と2人でベットへ移乗し横になって頂き全身観察する。左のこめかみに冷えピタを貼り様子を見る。20時55分バイタル測定するも変わりなし。 頭部を打っている為、48時間経過観察を行う。その後、新たな変色等見られず。
----	--

バイタルサイン	体温	36.5℃	血圧	105 / 72 mmHg	脈拍	92 回/分	SPO2	97 %	計測時間	20時55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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
----------	--

事故防止 対策	
かフアルシの必要性について	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要

家族への 説明	令和03年10月24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	●●●●●様	続柄	長男表	
昨日の事故の件と今の状態、昨日は夜遅かったのでご家族には連絡せずそのまま様子見させていただいたことと頭部をぶつけている為、48時間様子観察する事、もちろんその後も継続し様子し急変があった場合は連絡、対応させて頂くことを説明、謝罪する。「何かあった時はお願いします」とお言葉頂く。					



<h1>事故報告書</h1>	施設長		援助課長			係長		担当	
	フルーツ・シャトーよいち								

性別	男 <input checked="" 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
本人氏名	●●●●様	年齢	04歳		<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者	●●●●	発生(発見)日時	令和03年11月10日(水) 06:40 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 <input type="checkbox"/> その他(ベッド足元)
----	--

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"/> トワブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> その他(ベッドボード(足もと)に寄りかかった状態での座り込み)
施設内報告	居室より物音した為居室訪室するとベッドボード(足元側)に寄りかかった状態で体育座りしている。どこに行きますか?と確認するが返答なし。 10:55 施設長・●●●援助課長へチャットラックにて転倒の件報告する。

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 <input checked="" type="checkbox"/> その他(左大腿部痛み)	部位	左大腿部
頭ぶつきましたか?の問いに「ぶつけてない」とハッキリと返答。他に痛い所はないですか?の問いに「ない」とハッキリ返答される。 午後になり左大腿部を擦る動作・痛みの訴え出てくる。			

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 ( )
発見後、立ち上がってもらい、拠点まで誘導する。 午後になり、左大腿部擦る様子動作時の痛み出現 11月11日 10:00 ●●●整形クリニック受診 レントゲン検査するが骨折、ヒビ等の初見なし。数日しても痛み継続しているのであればMRI撮影の為再診してくださいと指示あり。 頓服でアセトアミノフェン500mg1錠/回、フェルピナク湿布2回/日処方となる。	

バイタルサイン	体温	36.4℃	血圧	110 / 72 mmHg	脈拍	71 回/分	SP02	%	計測時間	06:50
---------	----	-------	----	---------------	----	--------	------	---	------	-------

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
別紙様式による	

事故防止対策	別紙様式による
かつふんの必要性について <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	

家族への説明	令和03年11月10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	●●●●様	続柄		
	今朝6:40頃に居室で床に座り込みをしており午後から立ち上がると左の太腿を擦り痛いと言っていますが、腫れや変色等はない事からそのまま様子をみさせて頂いても良いか伺う「いいですよ、いつもお世話になってすいません」とお返事頂く。				

<h1>事故報告書</h1>	施設長		援助課長			係長	担当
フルーツ・シャトーよいち							

フガナ		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
本人氏名	●●●● 様	95 歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者	●●●●			発生(発見)日時	令和03年12月01日(水) 18:40 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7F7 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内 <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"/> トワフル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他(他入居者の夕食後薬を藤島氏に服薬した。) 他入居者の夕食後薬を服薬準備中に●●氏が居室へ戻ろうとされた為「お薬をまだ飲んでないので戻りましょう」と声をかけて拠点へ誘導。その後、服薬準備を行っていた他入居者の薬を●●氏に服薬させてしまい、直後に誤薬した事に気付く。本人より「飲みにくい」と口に含んだ状態だったのですぐに吐き出しうがいをして頂く。 【施設内連絡】 12月1日 18:45...●●副主任から看護師へ誤薬した事を口頭にて報告する。 18:50...●●副主任から援助課長へ誤薬の件について報告。 19:00...●●副主任から施設長へ誤薬の件についてチャットラックにて報告する。
----	---

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 <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 ( ) 本人より「飲みにくい」と騒ぎがあり、口に含み飲み込む前であった為、すぐに吐き出しうがいをして頂く。服薬直後すぐに吐き出され、体調変化見られないが24時間状態観察する。 誤薬内容 林：ファモチジンD錠2.0mg1錠(胃薬)・クエチアピン錠10.0mg1錠(気分を落ち着かせる) タンドスピロクエン酸塩錠1.0mg1錠・エチゾラム錠1mg1錠(熟睡出来る・不安・緊張を和らげる) ニトラゼパム錠5mg1錠(熟睡できる・寝つきを良くする)・バルプロ酸Na徐放顆粒4.0%(痙攣発作・気分を穏やかにする)・セレネース顆粒1%(気分を落ち着かせる)・ヒベルナ散10% 0.2g(アレルギー・手の震え等を抑さえる)
----	--

バイタル	体温	36.3℃	血圧	135 / 66 mmHg	脈拍	67 回/分	SP02	%	計測時間	19:20
------	----	-------	----	---------------	----	--------	------	---	------	-------

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
----------	--

事故防止 対策	
------------	--

家族への 説明	カフアリスの必要性について <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 令和03年12月02日(木) 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
------------	--

家族への 説明	昨夕食後他利用者の薬を飲ませてしまった事、経過観察も変わらないが体調不良訴えの際は受診をさせて頂く旨お伝えし謝罪する。
------------	---

<h1>事故報告書</h1>	施設長	援助課長		係長	担当

フルーツ・シャトーよいち

性別	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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
本人氏名	●●●● 様	89 歳		
報告者	●●●●	発生(発見)日時	令和03年12月05日(日) 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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
状況	巡回時、居室入口付近に置いていたpトイレに臀部がはまり動けなくなっている所を発見する。便層と便層を支えるフレームが外され、pトイレの外側にある収納スペースの扉は両方が開いており、右側の扉は破損し外れている状況であった。臀部はpトイレに挟まった状態で床についており、両手は肘掛けにつかまっていた。職員が、「どうしたんですか?」と聞くと「豆電球をつけてトイレに座ったら落ちたの。助けを呼ぼうとしたけどコールが届かなくて、待つしかないと思ったの。良かった。長い事、この姿勢でいたのよ。21時ぐらいからこうやっていたの。隣に助けを求めようかと思ったけどやめた。いつもはトイレはベットの近く置いてあったけど今日は違った」と話される。  【施設内連絡】 12月6日 9時20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。 19時30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。

症状	<input type="checkbox"/> 無傷 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	両腸骨部
----	---	----	------

症状	両腸骨部に擦過傷あり。		
----	-------------	--	--

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 checked="" type="checkbox"/> その他(軟膏塗布)
----	--

対応	両腸骨部に擦過傷あり、アズノール軟膏を塗る。		
----	------------------------	--	--

バイタル	体温	36.7℃	血圧	137 / 85 mmHg	脈拍	86 回/分	SpO2	97 %	計測時間	23時50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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

要因・原因	
-------	--

事故防止対策	
--------	--

家族への説明	かファミリーの必要性について	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要
--------	----------------	--

家族への説明	令和03年12月06日(月)	説明方法	<input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話	説明職員	●●●●
家族への説明	家族氏名	●●●●様	続柄	長女	

家族への説明	電話にて事故状況について、説明し謝罪する。ご家族様より、「前に、自宅でも、トイレトーパーをオムツみたいにして使用していた事もあったんです。また、母から聞いたんですが隣の方が、トイレトーパーが無いって言うてきたり、トイレを汚す事があるから嫌なんだ。夜中にご飯に行こうと12時くらいに誘いに来た事もあった」と教えて下さる。ご本人様にも、確認し対応させて頂く旨お伝えする。宜しくお願いますと返答有り。				
--------	---	--	--	--	--

<h1>事故報告書</h1>	施設長	援助課長				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 <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
本人氏名	●●●● 様	93 歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者	●●●●			発生(発見)日時	令和03年12月12日(日) 07:00 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707 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) トイレから声が聞こえ行ってみると、トイレ洗面台の床に座り込んでいるのを発見する。ごみを拾う為、前傾姿勢になられて床に落ちた様子。本人にどうされたか伺うも「なんともない」と話される。 (施設内報告) 7:05 援助課長へ口頭にて事故の状況を報告する。 7:16 施設長へチャットラックにて事故の状況を報告する。
----	--

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	おでこ
腫れが見られ赤くなっていたが、直ぐに腫脹軽減されている。			

対応	<input 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 ( ) 冷却シート張る。 医務出勤時に状態確認するも痛み無い為、このまま様子を見る。 頭部の為、48時間経過観察施行。
----	--

バイタルサイン	体温	36.6℃	血圧	126 / 57 mmHg	脈拍	51 回/分	SP02	%	計測時間	7:20
---------	----	-------	----	---------------	----	--------	------	---	------	------

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	
--------	--

かファル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	年月日( )	説明方法	<input type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> 電話	説明職員	
	家族氏名		続柄		
	病院受診するような大きな事故以外は家族連絡不要との事。				

<h1>事故報告書</h1>	施設長		援助課長		係長		担当	
	フルーツ・シャトーよいち							

7月ガナ		<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	要介護3	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	82歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者	●●●●			発生(発見)日時	令和03年12月15日(水) 05:10 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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 職員が他室から拠点へ戻る際中、食事の席から歩行器を使用せず歩いている本人を発見。歩行にふらつき見られ、そのままバランスを崩され自力では立て直せず床に転倒、右側臥位で倒れてしまう。職員走るも間に合わず。転倒した際に右膝の外側を強く床に打ってしまう。頭は床に打っていない。職員駆け寄ると、「いてー」と顔をしかめている。その後本人より「行こうと思ったんだ」と、笑いながら窓を指さしている。職員が拠点のカーテンと窓を開けた後、外を眺めるのは本人の朝の習慣になっていた。職員が車椅子を取りに行っている際に、床から自力で立ち上がっている。 施設内報告 ①5:30 援助課長へ援助係長より、口頭にて転倒の詳細を報告する。 ②6:00 医務課長へ援助係長より、チャットラックにて転倒の詳細を報告する。 ③10:00 施設長へ援助係長より、チャットラックにて転倒の詳細を報告する。
----	--

症状	<input type="checkbox"/> 無傷 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	右足膝の外側
5cm程の皮膚剥離あり。出血は無し。本人より痛みの訴え聞かれる。			

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 type="checkbox"/> 受診 <input checked="" type="checkbox"/> その他(シルキーポアドレッシング調布 ) 車椅子に座って頂き居室へお連れする。全身観察し、右膝以外は特に異常は見られず。その後安静促すも、着替えをしたり居室から出てきたり、その後も窓の方まで歩いて行こうとしたりと自由にされている。
----	--

バイタル	体温	36.5℃	血圧	119 / 74 mmHg	脈拍	60 回/分	SpO2	98 %	計測時間	6:15
------	----	-------	----	---------------	----	--------	------	------	------	------

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	
カフレ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	令和03年12月15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 口頭にて今朝転倒され、右足膝に皮膚剥離が出来てしまった事、頭は打っておらず歩行も変わらない事をお伝えする。●●●様より、「頭打っていないなら大丈夫！すいませんね！」と返答頂く。
--------	--

<h1>事故報告書</h1>	施設長		援助課長		係長		担当	
	フルーツ・シャトーよいち							

刃がナ		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			90 歳	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
報告者	●●●●			発生(発見)日時	令和03年12月19日(日) 10:20 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 <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"/> トワブル <input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
	居室より叫ぶ声がする為、訪室する。ベッド足元側で廊下に足を向け長座位の姿勢にている所を発見する。右眉尻上より出血見られ体の右側の床と上衣にも血痕見られており、ハサミが床に落ちている。本人に確認すると「トイレ行った後、部屋に戻ってきてご飯にも早いから給でも食べようと思って。その後はめまいでもしたのか覚えてないんだよね」と話される。ベッド足元側と壁の間にトイレが置いてあり、そのひじ掛け部位に頭部をぶつけたと思われる。 (施設内報告) 10:55 施設長へ口頭にて事故の状況を報告する。ご家族に連絡するよう指示あり。							

症状	<input type="checkbox"/> 無傷 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )				部位	右眉尻上に1cm×3mm程の傷あり。		
右眉尻上の傷より皮膚剥離・出血あり。								

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 checked="" type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 医務に連絡し、処置施行する。患部消毒、ステリーテープ貼付し絆創膏で保護する。手や衣類に血液付着あり、手指洗浄し衣類交換後、ベッド上にて安静保つよう促す。バイタル測定は落ち着いてから行うと看護師より話あり。							
----	---	--	--	--	--	--	--	--

バイタル	体温	36.8℃	血圧	155 / 78 mmHg	脈拍	78 回/分	SP02	98 %	計測時間	11:10頃
------	----	-------	----	---------------	----	--------	------	------	------	--------

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
----------	--	--	--	--	--	--	--	--

事故防止 対策								
カフアレ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	和令03年12月19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				
11:00頃電話するも繋がらず。11:30に折り返し電話があり。居室で転倒された事、傷の状態・処置について、説明しご理解いただく。また12月20日まで居室安静し様子を観察し受診をするか検討する事も説明しご了承頂く。							

<h1>事故報告書</h1>	施設長		援助課長			係長		担当	
	フルーツ・シャトーよいち								

7/がナ	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	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
本人氏名	●●●● 様	90 歳		<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者	●●●●		発生(発見)日時	令和03年12月25日(土) 13:20 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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 居室より同室者のコールあり助室。居室の真ん中で右側臥位になり倒れている本人を発見。本人の目の前にはひっくり返った車椅子があった。本人の右眉上の傷(先日の転倒時に出来た所と同じ部位)から出血確認する。本人より「テレビを観に行こうと思ったんだけど足が痛くて歩けなかった。」と話あり。車椅子を押して出てきた様子だが、ストッパーは掛けられたままだった。昼食後に居室へ誘導した職員に確認すると、車椅子はベッド足元側の壁の間のスペースに置き、トイレをベッド足元にL字になるように設置したとの事。 施設内報告 ①14:10 施設長へ援助係長より、電話にて転倒時の詳細とその後の状態を報告する。
----	--

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 <input checked="" type="checkbox"/> その他(裂傷し出血)	部位	右眉上
右眉上を転倒時に裂傷。そこから出血確認する。他痛み等伺うと、いつもの両膝の痛みを訴えていた。			

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 checked="" type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 看護師へ報告。その場で仰臥位になって頂くよう指示あり対応する。傷口を止血し、その後可動域や他の部位の状態を確認。特に異常は無し。頭痛・吐き気等も無し。職員二人で立ち上げらせ、ベッドまでお連れし臥床する。
----	--

バイタル	体温	36.8℃	血圧	123 / 65 mmHg	脈拍	79 回/分	SP02	96 %	計測時間	13:35
------	----	-------	----	---------------	----	--------	------	------	------	-------

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	
かファリ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	令和03年12月25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 ●●●● 続柄 電話にて転倒時の詳細とその後の様子をお伝えする。現状、食欲もあり頭痛等の症状も見られていないが、一人で居室にいる事が出来ず、拠点で車椅子に座り安静に過ごされている事もお伝えする。転倒時にご本人がテレビを観たいと訴えていた事で、居室用のテレビを設置する事も検討させて頂きたい事も相談する。●●様より「食欲あるなら安心です。テレビの件はお任せします。よろしく願い致します。」と返答頂く。
--------	---

<h1>事故報告書</h1>	施設長		援助課長		係長		担当	
	フルーツ・シャトーよいち							

フガナ	●●●●●●	男	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
本人氏名	●●●●●様	75歳			<input type="checkbox"/> その他( )
報告者	●●●●			発生(発見)日時	令和04年01月02日(日) 18:20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 <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 <input type="checkbox"/> その他( ) 居室内で口腔ケア後、ご本人にはベッドに横になるようお願いし端座位になったのを確認してから義歯洗浄をしていた。突然「ガタン」と音がしたので音のする方にむくと●●●氏が冷蔵庫とベッドサイドのコーナー状になって所に頭がある状態で仰向きになっていた。 <施設内連絡> 18:40 在勤中の待機看護師に連絡。 19:30 ●●●施設長、●●●援助課長にチャットラックにて事故の報告。
----	---

症状	<input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> その他( )	部位	後頭部左側
事故直後は目立った外傷はなかった。18時40分、在勤中の待機看護と状態観察した。後頭部左側に腫脹認め、擦過傷軽度あり、その部分に触れると痛み、発赤もあり。他痛みは無く上下肢の動きは問題なかった。翌日、4時頃トイレの訴えあり付き添う。その際トイレ内の手すりを掴んだ際に左手首の痛みを訴えれ経過観察した。その後左手首周辺に腫脹出現。			

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(居室安静)
職員2名でベッドに移乗。その後、時間をあけてバイタル測定と身体観察行い目立った外傷はなかった。18時40分、在勤中の待機看護が状態観察した。後頭部左側に腫脹認め、擦過傷軽度あり、その部分に触れると痛みあり、発赤もあり。他痛みは無いと、上下肢の動きは問題なし。夜勤者へ夜間頭痛、嘔気、嘔吐、また意識レベルの変化などあれば連絡する様お願いする。頭部打っていることから、48時間観察とするよう指示。翌日4時頃トイレ介助の際に左手首に痛み訴えあり、その後左手首周辺に腫れ見られた。1月5日、14時30分 ●●●●●病院整形外科受診、CT検査の結果、左手首関節骨折との事。サポーター装着し帰園される。	

バイタル	体温	36.7℃	血圧	145 / 64 mmHg	脈拍	85 回/分	SPO2	%	計測時間	18時35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 <input type="checkbox"/> その他( )
-------	---

事故防止対策	
カワレシの必要性について	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要

家族への説明	令和04年01月02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 ●●●●●●様 続柄 娘 電話にて事故の発生状況・状態説明並びに謝罪させて頂く。「分かりました、明日勤務前に本人に会いに行きます」とお言葉頂く。
--------	--



<h1>事故報告書</h1>	施設長		援助課長			係長		担当	
	フルーツ・シャトーよいち								

7月	●●●●●	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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
本人氏名	●●●●● 様	95 歳			

報告者	●●●●	発生(発見)日時	令和04年01月03日(月) 06:40 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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 起床介助の為訪室すると、頭が窓側を向き仰臥位の状態でベッド左側の床に転倒されているのを発見。ベッド左側の床には衝撃緩和マットを敷いていたが頭の位置はマットからはみ出していた。 【施設内連絡】 ・7時：待機医務に連絡する。 ・7時50分：●●●施設長・●●●課長にチャットラックで事故発生の報告をする。
----	--

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 checked="" type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	右目付近
転倒直後は外傷見当たらなかったが、7時半頃に右目付近に変色発見。それ以外の外傷はなし。			

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 ( ) 転倒発見時、便失禁されており一度車椅子に移乗介助しトイレ誘導し介助した。トイレ内での立ち上がりなどの動作は問題無く行っていた。その後、少し落ち着いてからのバイタル測定し経過見る。7時頃に待機看護に状況を電話連絡し状態変化あれば連絡するよう指示受け、経過観察行う。10時頃、出勤した看護師が状況観察行い右目尻の皮膚変色以外は特に変化なく経過見た。
----	---

バイタル	体温	36.8℃	血圧	136 / 72 mmHg	脈拍	83 回/分	SpO2	%	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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	
加ファインの必要性について	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要

家族への説明	令和04年01月03日(月) 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 息子 電話にて事故の発生状況、ご本人の状態など説明・謝罪させて頂く。また特変があれば再度連絡させて頂く事も説明させて頂く。「わざわざすみません、宜しく申し上げます」とお言葉頂く。
--------	--

<b>事故報告書</b>	施設長		援助課長		係長	担当

フルーツ・シャトーよいち

フリガナ	●●●●●●	男	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 <input type="checkbox"/> その他( )
本人氏名	●●●●●●様	76歳			
報告者	●●●●●●			発生(発見)日時	令和04年01月12日(水) 19:20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 <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 <input type="checkbox"/> その他( ) 居室よりドンと物がし訪室するとベッド足元と洗面台の間に仰向けで転倒されていた。職員2名で起き上がり介助後、ベッドに誘導身体観察するも腫れ・変色は見られず、臀部は痛いと話されているが外傷は見られず、左手の骨折部位はぶつけた様子は見られず。どうしたのか何うと「滑ったんだ」との事。しっかり靴は履いていた。排泄は19時頃済ませ、居室まで誘導ベッドに横になり布団を掛け退室していた。排泄の声掛けすると「いや」との事。時間ずらしバイタル測定する。 01月12日 19:55 施設長へ事故の件チャットラックにて報告する。 20:04 ●●援助課長へ事故の件チャットラックにて報告する。
----	--

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 <input type="checkbox"/> その他( )	部位	臀部
外傷は今の所無いも臀部の痛みがあると話されている。			

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( ) 居室の戸を半分くらい開ける事を説明し了承を得る。
----	--

バイタル	体温	36.4℃	血圧	158 / 84 mmHg	脈拍	78 回/分	SP02	%	計測時間	19:50
------	----	-------	----	---------------	----	--------	------	---	------	-------

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 <input type="checkbox"/> その他( )
-------	---

事故防止対策	
	加アル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	令和04年01月12日(水)	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	娘	
電話にて事故の状況・状態・現在の状態を報告する。娘様より「わかりました。明日勤務なので様子見に行きますね、宜しくお願いします。」とお言葉頂く。					

<h1>事故報告書</h1>	施設長	援助課長				係長	担当

フルーツ・シャトーよいち

フガナ	●●●●●●	男 <input checked="" type="radio"/>	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
本人氏名	●●●●●● 様	85 歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者	●●●●			発生(発見)日時	令和04年02月02日(水) 15:30 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 checked="" 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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
状況	<p>拠点フロアより、ゴンと音が聞こえた為向かうと、テレビ側に頭を向け仰向けに倒れている所を発見する。車椅子のブレーキは外れた状態であり、フットレストも上がっていた。「トイレに行きたいの」と話される。15時頃から居室内で自力で起き上がり端座位になる等多動な様子見られていた為、間食提供前にPトイレに座って頂くも、その際排泄見られず。そのまま拠点に間食提供の為誘導していた。外れていた車椅子のブレーキとフットレストは自分で解除されたとの事。職員拠点フロアから離れていた為、どの様にして車椅子から転落されたかは不明。</p> <p>《施設内報告》  16:38 ●●より●●施設長へチャットラックにて、事故の状況、本人の状態について報告する。  16:39 ●●より●●援助課長へチャットラックにて、事故の状況、本人の状態について報告する。</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 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	頭部～背部
症状	<p>転倒状況は不明だが、発見時床に仰向けになられており、ご本人からは頭をぶつけたと右側後頭部を擦られる。外傷、変色等見られず。</p>		

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 ( )
対応	<p>トイレに座りたいとの希望有った為、まず居室のPトイレに座って頂く。その際排便中量あり。その後ベッドに横になって頂く。</p>

バイタル	体温	37℃	血圧	125 / 72 mmHg	脈拍	82 回/分	SPO2	98 %	計測時間	15:45
------	----	-----	----	---------------	----	--------	------	------	------	-------

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	
加ケアの必要性について	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要

家族への説明	<p>令和04年02月02日(水) 説明方法 <input type="checkbox"/>面会 <input checked="" type="checkbox"/>電話 説明職員 ●●●●</p> <p>家族氏名 ●●●●様 続柄 息子様</p> <p>事故の件、本人の状態について電話にて連絡し謝罪する。「こちらも預けている側なのでいつも申し訳ないです。今はコロナの影響で会いに行くと本人に言い聞かせる事も出来ないの皆さんにお任せっぱなしで、、、今後ともよろしくお願いします。」とお言葉頂く。</p>
--------	--

<h1>事故報告書</h1>	施設長	援助課長				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 <input 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
本人氏名	●●●●●● 様	95 歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者	●●●●●●			発生(発見)日時	令和04年02月09日(水) 06:30 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707 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 送迎車内 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<p>トイレの中からドンと音がし「助けてー」と声がある。トイレ内で右側を下にして横たわっている所を発見する。どう転んだのか聞くと「わからない」と状況詳細不明。「壁に頭ぶつけたかも」「ふらっとした」と話されている。</p> <p>【施設内連絡】 9:16 施設長に転倒の状況とけがの程度報告する。</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 checked="" type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 腫れ <input checked="" type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	右額
	右額生え際付近に3 cmほどのたんこぶ・内出血あり。その他変色はなく、動作も問題なし。やや血圧高め。		

対応	<input 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 ( )
	<p>額に冷却シート貼り冷却。居室案内し、安静にして頂く。 看護師出勤後、状態の確認する。頭部ぶつけている為48時間経過観察となる。</p>

バイタルサイン	体温	36.4℃	血圧	159 / 64 mmHg	脈拍	60 回/分	SpO2	%	計測時間	6:45
---------	----	-------	----	---------------	----	--------	------	---	------	------

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	
--------	--

加ワック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	令和04年02月09日(水)	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	長男嫁	
転倒の状況とけがの程度お伝えする。「いつもお世話になります。よろしくお願ひします」とのこと。					

<h1>事故報告書</h1>	施設長				援助課長	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 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
本人氏名	●●●●●● 様	94 歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者	●●●●●			発生(発見)日時	令和04年03月14日(月) 19:30 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 <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 checked="" type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	他利用者よりナースコールあり伺う。他利用者居室に居らず、●●氏の居室前にて「これ、おばあちゃん座ってるの」と指さされる。●●氏の部屋を伺うと居室入口の所で半分お尻が出た状態で床に座っている所を発見する。職員2名で抱え車椅子に座って頂く。状況詳細伺うと、「車椅子から落ちたの。ドンとは言ってないよ。助けを呼ぼうと思って追ってきた」と聞かれる。靴は履いておらずベッド足元に置いてあった。車椅子はテレビ前に置いてありブレーキはかかっていた。身体観察行うもこの時点では痛み・外傷等は見られていなかった。
	(施設内連絡) 3月15日 10:06 事故の詳細チャットラックにて報告する。 11:20 朝食後に右親指の痛み・腫れ・熱感見られている為15日受診予定であることを内線にて報告する

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 type="checkbox"/> 変色 <input checked="" type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> その他 (右親指)	部位	右親指
----	--	----	-----

	朝食後より右親指の痛み・腫れ・熱感出現される
--	------------------------

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 ( )
	15日受診予定

バイタルサイン	体温	36.3℃	血圧	125 / 68 mmHg	脈拍	72 回/分	SpO2	%	計測時間	21:00
---------	----	-------	----	---------------	----	--------	------	---	------	-------

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	
	カフワ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	令和04年03月15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	●●●●●様	続柄	長男嫁	
	昨夜、車椅子からのずり落ちあり右親指に痛み強くあり、念のため明日受診になる事伝え、謝罪する				

<h1>事故報告書</h1>	施設長	施設長補佐	援助課長	医務課長	相談員	係長	担当

フルーツ・シャトーよいち

フガナ	男 <input checked="" 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
本人氏名	●●●●様	93歳		<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者	●●●●	発生(発見)日時	令和04年03月21日(月) 23:00 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 <input type="checkbox"/> その他(ベット下)
----	---

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 checked="" type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他(転倒時の状況不明)
状況	<p>他入居者の対応後、拠点に戻ると、「ねえさ〜ん、助けて」と居室内より声が聞こえた為、訪室するとベットに なく床に横たわっていたのを発見する。転倒時の状況は不明で本人に聞いても、「わかんないんだわ」とおっしゃ る。体勢としては横づけにしていた車椅子下に頭があり体育姿勢のままベットを向いた状態で横たわっていた。</p> <p>「施設内連絡」 【3月22日】</p> <p>02:00 主任看護師へチャットラックにて事故の状況や状態を報告 13:00 施設長へチャットラックにて報告 13:20 ●●課長へチャットラックにて報告</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 checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他(腫れはないが赤みや内出血痕あり)	部位	右後頭部
症状	身体観察行なうも右後頭部に赤みや内出血痕あり。腫れや痛みも無い。今の所他に外傷はみられない。		

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 ( )
対応	緊急性は無い為、夜間は経過観察のみ行なう。時間を置いて状況は待機ナースにチャットで連絡している。

バイタル	体温	36.7℃	血圧	94 / 45 mmHg	脈拍	65 回/分	SP02	99 %	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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
要因・原因	別紙様式による

事故防止対策	別紙様式による
事故防止対策	カフパン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	令和04年03月22日(火) 説明方法 <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 説明職員 ●●●●
家族への説明	家族氏名 ●●●●様 続柄
家族への説明	電話にて事故の状況を伝え謝罪する。ご家族より、「わざわざご丁寧にすみません。これからも宜しくお願いします」とのお言葉を頂く。

<b>事故報告書</b>	施設長	援助課長	係長	担当

フルーツ・シャトーよいち

7月が+	●●●●●●	男	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
本人氏名	●●●●●● 様	76 歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )
報告者	●●●●●●			発生(発見)日時	令和04年03月01日(火) 05:50 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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	職員他入居者介助後、拠点へ戻ると戸をカリカリしている物音聞こえ訪室すると入り口側のタンスを背に長座位で転倒している所を発見する。介助にて起き上がり、トイレに誘導する。身体観察すると背中に擦り傷の様な赤み有り、臀部は無し。本人は後頭部もぶつけたと話されているが変色は現在見られず。トイレから戻る際も歩行は問題無し。6:30バイタル測定時左手首・左腕の痛み聞かれる。腫れは無し。
	施設内連絡 06:35 ●●援助課長へ口頭にて転倒事故の状況・状態報告する。 06:50 施設長へ電話にて事故の状況・状態報告する。 07:10 待機看護師へ事故の状況・状態報告する。

症状	<input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )	部位	後頭部・背中・左手首・左腕
	後頭部の痛み有り、背中に擦り傷の赤み有り、左手首・左腕の痛み聞かれる。		

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 ( )
	左手首・左腕に湿布貼り安静促す。
	13時 整形外科受診、レントゲン実施結果骨折は無いとの事。処置無く帰園される。

バイタル	体温 36.6℃	血圧 139 / 88 mmHg	脈拍 71 回/分	SPD2 98 %	計測時間 06:30
------	----------	------------------	-----------	-----------	------------

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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

事故防止対策	

家族への説明	令和04年03月01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	●●●●●●様	続柄	娘	
	ご家族へ電話にて事故の状況・状態報告する。受診する可能性がある為再度連絡させて頂く事を伝える。娘様より「宜しく願います」とお話あり。再度13時に整形外科受診する事を電話にて連絡する。受診結果わかり次第連絡させて頂く事を伝える。				

<h1>事故報告書</h1>	施設長	副施設長					担当

地域密着型特別養護老人ホームゆうり

フリガナ	●●●●	男 <input checked="" type="radio"/> 女	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					
本人氏名	●●●● 様	87 歳			<input type="checkbox"/> その他 ( )					
報告者	●●●●●			発生(発見)日時	令和03年07月07日(水) 15:10 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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 間食のお声がけの為訪室したところ、ベッド下の床に頭をタンスに向け、背中を入り口に向けた状態で転倒されている。ご本人より、ゴミ箱に嘔吐しようとして、ベッドから降りたとお話しあり。 <b>【施設内連絡】</b> <15:15>看護師に口頭で転落の件と状態報告する。 <15:20>副施設長に口頭で転落の件と状態報告する。 <15:45>ご家族様に転落の件と状態報告し、謝罪する。 <16:00>副施設長から施設長へ転落の状況と状態報告する。									
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 <input type="checkbox"/> その他 ( )				部位					
	ベッドからずり落ちる前、嘔気あった様子だが、嘔吐なく経過。転落による変色等は見られず。便失禁あり、トイレで排便多量確認する。									
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 ( ) 2名介助でベッドに横になっていただき、バイタル確認・痛み等の確認をする。その後、トイレの訴えあり誘導する。その際に全身観察したところ、腫れ・痛み・変色なし。									
バイタル	体温	35.7℃	血压	146 / 89 mmHg	脈拍	87 回/分	SP02	96 %	計測時間	15:15
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 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( ) ●●氏は人に迷惑をかけたくない、自分でできるという思いが強く、自分で動いた結果ベッドから転落してしまった。ナースコールを押してくれるように都度声がけはしていたが、気持ち悪さがあり咄嗟に動いたとも考えられた。									
事故防止 対策	以前より、コールを使用し、援助員を呼んで頂くよう声がけを行なっているが、今後もコール促しを継続する。ゴミ箱や身の回りのものは、手に届く位置にしておくようにする。									
	介護士の必要性について		<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要							
家族への 説明	令和03年07月07日(水)		説明方法		<input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話		説明職員			●●●●●
	家族氏名		●●●●氏			続柄		三男		
	ベッドからの転落の件とご本人の状態をお伝えし謝罪する。「わかりました。宜しく願い致します。」とお言葉いただく。									



# 事故報告書

地域密着型特別養護老人ホームゆうるり

施設長	副施設長					担当

フリガナ	●●●●	性別	男	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
本人氏名	●●●●様	年齢	85歳				<input type="checkbox"/> その他 ( )

報告者	●●●	発生(発見)日時	令和03年07月13日(火) 06:20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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
----	---

援助員がトイレまで付き添い●●氏が便器に座った所を確認し、援助員はドアの前で待機していた。排泄終了後、便器から立ち上がろうとしたところ、バランスを崩し前のめりで転倒され、右額をぶつける。

【施設内連絡】  
6:30 副施設長へ事故状況・状態を報告する。  
9:30 看護師に状況を報告する。  
9:30 施設長へ事故状況・状態を報告する。

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 checked="" type="checkbox"/> 腫れ <input checked="" type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位	右眉毛上を8mm程度の切り傷
----	---	----	----------------

身体観察するが右の額以外は特に腫れや変色見られず、本人からも痛みの訴えはなし。

対応	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( )
----	--

出血が止まったため、絆創膏とクーリングにて対応し様子見る。9:30に看護師が状況確認し処置を行った。

バイタル	体温	36.2℃	血圧	126 / 73 mmHg	脈拍	70回/分	SP02	97%	計測時間	6時25分
------	----	-------	----	---------------	----	-------	------	-----	------	-------

要因原因	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	--

●●氏の対応については、トイレ内まで付き添い見守りをするようになっていたが、対応した援助員は●●氏の対応についてトイレの中まで付き添うことは理解していたが、●●氏が嫌なのではないかと思い、ドアの前で待機していたことが原因と思われる。見守りは行なっていたが間に合わず転倒となる。

事故防止対策	決められた対応は守ることを徹底する。 ●●氏が動く時は、本人のそばに付き添い、バランスを崩した際にすぐに支えられる位置にいることを徹底する。
--------	---

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	令和03年07月13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	●●●●氏	続柄	義弟
------	-------	----	----

今朝トイレで転倒された状況を報告、切傷、腫れ・変色見られる事を伝えて、謝罪する。

# 事故報告書

理事長	事務長	総務係長	サ高・小多機SV	管理者	担当者
■	■	■	■	■	■

サービス付き高齢者向け住宅 めくもりの郷

本人氏名	■ 氏	男(女) 78歳	要介護2	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす
報告者	■	発生(発見)日時	令和3年7月12日 午後18:00 頃		
発生(発見)場所	サービス付き高齢者向け住宅めくもりの郷 ■ 号室 自室前廊下				

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"/> トラブル <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 器物破損 <input type="checkbox"/> 盗難・窃盗				
	<input type="checkbox"/> その他( )				
<p>上記日時場所に置いて、食事の為食堂へ行こうと廊下に出た際にバランスを崩し転倒された。転倒時に大きな音がしたため当日宿直担当の■看護師が現場へ急行し救護した。事故発生及び状況報告をパントリー担当の■援助員が内線にてふる一つの郷事務所へ報告し、■管理者が現場へ急行した。</p> <p>出血はないものの、顔面蒼白、衣類から露出している顔面、両腕から多量の発汗があり、しきりに欠伸をしていた。左股関節が痛いとの訴えで、痛みで動くことが出来なかった。 血圧101/66 脈70 SPO2:97% で血圧はいつもより明らかに低い値だった。</p> <p>本人了承のもと救急搬送にて病院へ行くことになった。</p>					

症状	<input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 打撲 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 脱臼				
	<input type="checkbox"/> その他( )				
	部位	左大腿骨転子部			

対応	<input type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 受診 <input checked="" type="checkbox"/> 救急搬送				
	<input type="checkbox"/> その他( )				
<p>7月12日 18:00頃 食堂へ行こうと居室から出られた際、バランスを崩し転倒された。転倒時大きな音がしたため宿直担当の■看護師が現場へ急行し救護した。パントリー担当の■援助員が内線にてふる一つの郷事務所へ事故発生及び状況報告を行う。</p> <p>18:05頃 ■管理者現場到着。■看護師の支えで廊下で長座位になっていらっしゃる■氏を確認する。左股関節の痛みが強く自力で動くことが出来なかった為、職員2名で両脇を抱え椅子に座っていただいた。バイタル、他覚的症狀から救急搬送が必要と判断し、本人の了承のもと救急要請を行うことになった。</p> <p>18:15頃 救急要請の電話をかける。</p> <p>18:20頃 救急隊員到着。</p> <p>18:45頃 救急搬送実施。整形外科がある受け入れ病院が無かったため、一度■病院(現在整形外科休診中)へ搬送した後整形外科のある病院へ転院することになった。</p> <p>7月13日 ■病院から連絡が有り、■病院へ転院することになった。</p>					

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 <input checked="" type="checkbox"/> その他(偶発的・事故による)				
<p>パーキンソン症候群を患っており、歩幅も狭くすり足歩行。転倒予防の為居室内へ手すりの設置を行っているが、今回は居室を出たところで転倒されている。廊下にも手すりの設置は有るが、性格的に危険に対する意識が低い傾向にある。</p>					

事故防上対策	病院からは車いすか、良くて歩行器になる可能性が高いと説明が有った。 居室の整理整頓を行わせていただき、動線の確保に努める。				
--------	--	--	--	--	--

家族への説明	令和3年7月12日(月)	説明方法	■氏:入所先■の家担当職員へ電話にて説明し伝えていただく。		
	家族氏名	三男 ■氏	内容	居室前の廊下で転倒され、救急搬送された。骨折している為長期入院になる事が予想される。	

その他	社会福祉事務出張所担当職員(生保)■氏、■氏が長年通われていて、全幅の信頼を置き生活資金管理を委託している、社会福祉法人■作業所(就労継続支援B型事業)、■事務長へ状況を逐一報告する。				
-----	--	--	--	--	--

# 事故報告書

理事長	事務長	総務係長	サ高・小多機SV	管理者	担当者

サービス付き高齢者向け住宅 ふる一つの郷

本人氏名	氏	男(女) 92歳	要介護2	移動	<input checked="" type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす
報告者		発生(発見)日時	令和3年7月22日 午前1:30 頃		
発生(発見)場所	サービス付き高齢者向け住宅ふる一つの郷 号室 自室トイレ内				

転倒 転落 誤食 誤嚥 トラブル 徘徊 器物破損 盗難・窃盗  
その他( )

状況

午前1時30頃、ふる一つの郷 号室 氏が事務所にいらっしゃり「隣の部屋から声が聞こえてきてうるさくて眠れない。」との苦情があった為、承った夜勤担当 看護師が、 号室を訪室した所、自室のトイレの床に横たわっている 氏を発見した。右太ももをしきりに痛がっていらっしゃり、自分では起き上がれない様子。状況確認の質問をしても、認知症の進行が著しい為、なぜ床に横たわっているか記憶に無い状態だった。発見時の状況から、夜間トイレへ行かれた際に転倒したものと思われる。失禁は無かった。体温36.7℃ 血圧90/48 脈68 SPO2:96%  
著しい血圧低下及び、意識レベルの低下が有った為救急搬送を実施することになった。

症状

無傷 表皮剥離 打撲 骨折 擦過 切傷 内出血 捻挫 火傷 脱臼  
その他( )

部位 右大腿骨転子部

様子観察 湿布 冷却 褥瘡処置 吐かせる 吸引 受診 救急搬送  
その他( )

対応

7月22日  
午前1:30頃 ふる一つの郷 号室の入居者から「 号室からの声がうるさくて眠れない」との苦情が有った為、夜勤担当の 看護師が訪室すると、自室トイレの床に横たわっている 氏を発見する。右太ももの痛みが強く自力で立ち上がることが出来なかった。著しく血圧が低下している事と、受け答えも難しくなるほど意識レベルが低下したため、 管理者へ状況を報告し救急搬送を実施させて頂くことになった。  
午前1:50頃 消防署へ救急搬送要請を行う。  
午前1:55頃 救急車到着。 管理者到着。  
午前2:20頃 搬送先が 病院に決まった為搬送実施。 管理者は別車両で搬送先へ向かった。ご本人は認知症の進行が著しいため付き添いが必要だが、家族は東京都在住である為付き添い対応が出来ないため、 管理者が付き添い対応することになった。  
午前2:45頃 病院に搬送され、医師の間診、レントゲン検査、CTスキャン検査が行われた。  
午前4:00頃 検査結果が出て、付き添い対応の 管理者が担当の 医師から、「右大腿骨転子部骨折で、現在は大腿骨が骨折箇所から坐骨側に上がっている状態。26日に手術予定で進めて行く。リハビリの目標は歩行器歩行とし、8月一杯、もしくは9月中旬までの入院予定。」以上の説明を受ける。その後病棟担当看護師と手続き上の打ち合わせと本人の日頃の様子を引き継いだ。

要因  
原因

見守り不足 知識・技術不足 ルール不遵守 情報不足 環境・設備 設備・点検不足  
人為的問題 その他(偶発的な事故による)

床に横たわっていらっしゃる状況から、トイレで用を済まされた後着衣の際バランスを崩され転倒されたご様子だった。トイレ周りに障害物も無く整理整頓されていたため偶発的な事故と思われる。

事故  
防止  
対策

退院時の身体状況を勘案し、歩行器の使用、手すりの設置を検討する。

家族へ  
の  
説明

令和3年7月22日(木) 説明方法 電話にてご説明させて頂く。

家族氏名	長男 氏	内 容	救急搬送で 病院に入院になった事。 入院治療の為に各種同意書が必要である事。
------	------	-----	---

その他

東京都在住の 氏が、26日日曜日に 病院へ行って、各種同意書等の作成を行う事となった。

# 事故報告書

理事長	事務長	総務係長	サ高・小多機SV	管理者	担当者
■	■	■	■	■	■

サービス付き高齢者向け住宅 ふる一つの郷

本人氏名	■ 氏	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 88歳	要介護1	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす
報告者	■	発生(発見)日時	令和3年10月15日 午前7:25 頃		
発生(発見)場所	サービス付き高齢者向け住宅ふる一つの郷 ■ 号室 自室内				

■転倒  転落  誤食  誤嚥  トラブル  徘徊  器物破損  盗難・窃盗  
 その他( )

状況

7:25頃、■ 看護師が、起床のお手伝いの為訪室したところ、ベットと平行になる形で、ベットのすぐそばで、床に身体の右側を下にした側臥位の状態になっているのを発見した。  
介助にてベットへ移動していただく際は、左の腰部や肩の痛みを訴えていた。その他出血や腫れ、変色等の他覚的症状は見受けられなかった。  
バイタルサインは、体温37.9℃ 血圧143/71 脈69 SPO2:97% 呼吸は正常で意識レベルの低下は認められないものの、痛みのためか顔をしかめいつもよりも声は小さい。便失禁、尿失禁があった。ベッドサイドに設置している、カラーボックスが倒れ、時計や書類が散乱していて、時計は「11:00」を示した状態で停止していた。

症状

無傷  表皮剥離  打撲  骨折  擦過  切傷  内出血  捻挫  火傷  脱臼  
 その他( )

部位	左肋骨骨折
----	-------

対応

様子観察  湿布  冷却  褥瘡処置  吐かせる  吸引  受診  救急搬送  
 その他( )

7:25頃 起床のお手伝いの為訪室したところ、ベットのすぐそばの床に側臥位になっているのを発見した。  
便失禁、尿失禁があったが安楽な姿勢になっていただくため、介助にてベットへ移動していただくも、左腰部や、左肩の痛みの訴えがあった事から、身体観察をさせて頂き、腫れ、出血、変色が無い事を確認する。しかし、痛みの訴えが強い事と、受け答えも辛そうな様子の為早期受診が必要と判断し、事故報告と今後の対応について指示を仰ぐため管理者へ報告する。  
8:10頃 一連の介助等を終え■ 看護師から■ 管理者へ電話にて事故報告を行う。■ 管理者から■ 看護師へは、直ぐに家族へ事故報告を行う事、出血等が無い事、受け答えが出来る等意識もある事から間もなく出勤するのでそれまで待つよう指示が有りました。  
8:20頃 ■ 管理者出勤し、■ 氏の状態を確認しました。■ 看護師と協議した結果、痛みで動くことが出来ない様子の為、通常受診は無理との判断に至り、救急搬送を要請することになりました。既にこちらに向かっている、長女■ 氏へ連絡緊急搬送すること、搬送先が決まったら再度連絡することをお伝えしました。  
8:35頃 救急搬送要請。  
8:40頃 救急車到着。  
8:55頃 搬送先が■ 病院に決まった為救急搬送実施となりました。長女■ 氏へ搬送先をお伝えし直接病院に行っていただく事になった。  
レントゲン、CT、MRI検査の結果肋骨骨折と診断され1週間の入院となられる。

要因原因

見守り不足  知識・技術不足  ルール不遵守  情報不足  環境・設備  設備・点検不足  
 人為的問題  その他(偶発的的事故による)

認知症の進行が見受けられ、転倒の1週間前に■ 病院精神科受診をされ認知症薬の服薬を開始されていた。日中は居室と小多機デイを行ったり来たりすることが増えてきていた。杖歩行されているが、しばしば杖を忘れ独歩で移動されることが多い。夜間トイレへ行こうとされバランスを崩し転倒された様子。

事故防止対策

退院時の身体状況を勘察し、歩行器の使用、手すりの設置を検討する。合わせて、■ 氏と同じ小多機登録者全員の住環境を確認し転倒要望を強化する。

家族への説明

令和3年10月15日(金) 説明方法 電話にてご説明させて頂く。

家族氏名	長女 ■ 氏	内容	転倒された事と救急搬送について説明。 入院の場合各種同意書が必要である事も説明。
------	--------	----	---

その他

# 事故報告書

理事長	事務長	総務係長	サ・小SV	管理者	担当
■	■	■	■	■	■

サービス付き高齢者向け住宅 ふる一つの郷

氏名	■■■■ 氏	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	要介護 3		移動	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 見守
		89歳	生年月日	■■■■		<input type="checkbox"/> 杖	<input checked="" type="checkbox"/> 支え	<input type="checkbox"/> 車いす
報告者	■■■■	発生(発見)日時		令和4年3月5日 11時45分頃				
発生(発見)場所	サービス付き高齢者向け住宅ふる一つの郷 ■■■■号室 自室内							
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"/> トラブル <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 器物破損 <input type="checkbox"/> 盗難・窃盗 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
	11時45分頃ふる一つの郷202号室■■■■宅へ、職員が昼食の誘導(移動には付き添い介助が必要)に伺い声掛け後、居室のドアの開錠をまっていた所、中から「ドン」という音がしたため、保安上管理しているマスターキーにて緊急立ち入りをさせて頂きました。 ■■■■援助員と■■■■看護師の2名で入室したところ、居室内にて転倒しているのを発見しました。鼻先擦過傷と鼻血が出ていた為、■■■■看護師の処置ですぐに止血されましたが、左手小指付け根が腫れてきたため、状況報告と受診依頼をする為12時頃長女■■■■氏の携帯電話に連絡しましたがつながらず、急性期症状ではないため連絡が取れるまで経過観察を行いました。							
症状	<input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 打撲 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 受傷部位【左小指】							
対応	<input type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input checked="" type="checkbox"/> その他(ご家族へ連絡し受診調整。長女■■■■氏付き添いにて受診となる。)							
	14:10 ■■■■氏と連絡がつき、状況報告と受診のお願いをしました。すぐに対応できることだったので事業所側で受診調整し、14:30頃■■■■氏付き添いにて■■■■センターに外来受診されました。 受診調整は最初、■■■■病院へ打診しましたが「整形のドクターが不在の為小樽市へ行ってほしい。」との指示があった為■■■■センターへ受診することになりました。  17:00頃帰宅され、レントゲン結果、左手小指付け根付近の骨折との診断で、湿布処方、弾性包帯にて固定されていました。その後のフォローは近所の病院(整形)で行ってもらうようにと担当医師より指示があり3/7(月)に■■■■へ受診する予定となりました。							
要因	<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 <input checked="" type="checkbox"/> その他(偶発的事故による)							
原因	歩行状態が悪いため、ベッドを含めた動線上のいたるところに手すりを設置しておりましたが、歩き出しが不安定なためその際転倒したものと思われます。							
防止対策	併設されている小規模多機能型居宅介護事業所 ほっとハウス・よいちの登録者のため、夜間、早朝の安否確認、トイレ誘導の訪問サービスを追加することと、お食事へご案内する際に、トイレの声掛けを行い、安全の確保に努めます。							
家族への連絡	令和4年3月5日 14:10頃	説明方法	電話にてご説明をさせて頂きました。					
	連絡先	長女 ■■■■氏	内容	転倒状況の説明と受診のお願いをいたしました。				
その他								

# 事故報告書

理事長	事務長	総務係長	サ・小SV	管理者	担当
■	■	■	■	■	■

サービス付き高齢者向け住宅 ふる一つの郷

氏名	■■■■氏		男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	要支援 1	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 見守
	100歳	生年月日	■■■■日			<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 支え <input type="checkbox"/> 車いす
報告者	■■■■		発生(発見)日時	令和4年3月25日 5時50分頃		
発生(発見)場所	サービス付き高齢者向け住宅ふる一つの郷 ■■■■号室 自室内					
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"/> トラブル <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 器物破損 <input type="checkbox"/> 盗難・窃盗 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	<p>5:50頃、■■■■氏宅からナースコールがあり、小多機夜勤担当者■■■■援助員が居室に伺うと、ベッドサイドの床に仰向けになっていらっしゃる「痛い！痛い！転んだ！」と転倒時のショックの為か興奮気味の様子でした。介助にてベッドに移っていただきました。</p> <p>6:10頃 体温 36.6℃ 血圧 178/97 脈 80 98% 出血や変色は無いですが、背中、腰の痛みの訴えが有るため安楽な姿勢で様子を見ることになりました。</p>					
症状	<input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input checked="" type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 擦過 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 骨折疑い ) 受傷部位【腰部 背部】					
対応	<input type="checkbox"/> 様子観察 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 吐かせる <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 受診 <input checked="" type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	<p>8:00頃、時間がたち落ち着きましたが、痛みが増し立ち上がることが出来なくなりました。食事は居室に配膳させていただきました。本人から「やっぱり病院に行きたい。」との希望が有りましたので食後に受診の手配を行うことになりました。</p> <p>8:45頃、長男■■■■へ連絡し受診依頼をしました。</p> <p>9:00頃 長男■■■■到着しましたが、痛みが激しく介助での受診は危険と判断し、本人の了承のもと救急搬送をさせて頂くことになりました。</p> <p>9:15頃 救急隊員到着しました。</p> <p>9:30頃 ■■■■へ救急搬送実施されました(長男■■■■氏同行)。</p>					
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 <input checked="" type="checkbox"/> その他(偶発的事故による)					
	歩行状態が不安定なため、普段は歩行器での移動でした。朝トイレに行かれる際ベッドサイドに敷いていた絨毯がすべり転倒してしまったとご本人からの聴取で判明しました。					
防止対策	本人、家族へ住環境の見直しを提案させていただきます。今回転倒の原因になった絨毯は、固定するか、撤去するか、滑り止め加工がされているものと交換するかをご検討いただきます。合わせて併設されている小規模多機能型居宅介護事業所 ほっとハウス・よいちでの、夜間、早朝の安否確認、トイレ誘導の訪問サービス等のご利用についてご検討いただきます。					
家族への連絡	令和4年3月25日 9:45頃	説明方法	電話にてご説明をさせていただきました。			
	連絡先	長男 ■■■■氏	内容	転倒状況の説明と受診のお願いをいたしました。合わせて、痛みがひどく介助が危険な場合は救急搬送も視野に入れ対応したいと事業所の見解もお伝えしました。		
その他						