

介護保険事業者等事故報告書

北見市への
届出日を記入

北見市長 様

届 出 日 平成 29 年 10 月 25 日

事業者名称及び代表者氏名 株式会社 きたみ館

(氏名) 代表取締役 北見 一郎 印

当事業所（施設）において、次のような事故が発生したので報告します。

1 事業所	事業所(施設)名及び所在地	事業所(施設)名 グループホーム きたみ 所在地 北見市北1条西2丁目3番地 電話番号 (0157)12-3456
	サービス種類	認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護
	管理者氏名	福祉 太郎
2 事故対象者 (利用者等)	氏名等	氏名 端野 華子 (男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女) S12年3月4日生(79歳) 住所 北見市北1条西2丁目3番地 グループホームきたみ 被保険者番号(01234567) 要介護度(3) 電話番号 0157-12-3456 【心身状況】(手すりを使いながら自立歩行・昼夜逆転し、夜はあまり眠れていない)
	家族等の氏名・続柄	氏名 端野 二郎 続柄 次男
居宅介護支援事業所名		
3 事故の概要	①発生日時	平成 29 年 10 月 5 日(木曜日) 10 時 15 分
	②発生場所	脱衣所
	③種別 (該当する□に☑をつけること)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 虐待 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折・打撲・裂傷 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 誤飲・誤食・誤嚥 <input type="checkbox"/> 食中毒・感染症・結核 <input type="checkbox"/> 無断外出・失踪・行方不明 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> その他 ()
	④内容 (経緯、発生状況、事故対象者の状況、原因等を記載)	(発生状況) 10時15分頃、入浴介助を行うための着脱介助時、左膝上から下にかけ、腫れ熱感があるのを発見した。 (原因) 前日の入浴介助時に腫れはなかったので、ベッドサイドレールにぶつけたと思われる。
4 事故時の対応	発生時の対応 (応急処置、家族等への連絡状況、医療機関への搬送状況等を記載)	10時30分 看護師が触診し、その後、〇〇病院で受診 10時30分 管理者より次男に入浴のための着脱介助時、左足の腫れを発見したため、〇〇病院に受診を行う事を電話にて説明。家族にも病院に来てもらうことにした。 11時30分 次男が病院に到着。病院Drからの説明を聞くため、管理者・介護職員にて同席させてもらい状況の説明を行う。 家族への連絡(<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 居宅介護支援事業者への連絡(有・無)
5 事故後の対応	①搬送後又は治療後の利用者の状況 (病状、入院の有無等)	左ひ骨骨折(ひび) 医師の所見 :レントゲン撮影をした結果、骨粗鬆症の進行が見受けられた。骨にズレがないため、軽く何かにあたったことも骨折の原因につながるとのこと。シーネ固定にて様子を見る。湿布、痛み止めを2週間分処方。
	②家族への対応 (報告・説明)	10時30分 管理者が、電話にて次男に状況を説明。 【ご家族から】 週に1回程度面会に行っている。父に対して非常に良くしていただいていると思う。骨粗鬆症も進行しているので止むを得ないと思っているとのこと。 損害賠償保険の利用(有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)
6再発防止策・改善点		(1) 具体的防止策 ア ベッドサイドレールの保護。(衝撃があっても緩和出来る範囲のもの) イ ベッド枠に足が絡まないための工夫。 ウ ベッド臥床場所の再確認 (2) 環境対策 ア ベッドサイドレールの保護等を行う。 (3) 体調及び精神状況の確認 ア 認知症の進行著しいことから、日中の過ごし方の工夫を行い、コミュニケーションを多くとるよう心がける。 (記入者 介護 英恵)

参考例（誤薬）

別記様式 1

介護保険事業者等事故報告書

北見市への
届出日を記入

北見市長 様

届出日 平成 29 年 10 月 25 日
 事業者名称及び代表者氏名 株式会社 きたみ館
 (氏名) 代表取締役 北見 一郎 印

当事業所（施設）において、次のような事故が発生したので報告します。

1 事業所	事業所(施設)名及び所在地	事業所(施設)名 グループホーム きたみ 所在地 北見市北1条西2丁目3番地 電話番号 (0157)12-3456
	サービス種類	認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護
	管理者氏名	福祉 太郎
2 事故対象者 (利用者等)	氏名等	氏名 端野 華子 (男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女) S12 年 3 月 4 日生(79 歳) 住所 北見市北1条西2丁目3番地 グループホームきたみ 被保険者番号(01234567) 要介護度(3) 電話番号 0157-12-3456 【心身状況】(手すりを使いながら自立歩行・昼夜逆転し、夜はあまり眠れていない)
	家族等の氏名・続柄	氏名 端野 二郎 続柄 次男
居宅介護支援事業所名		
3 事故の概要	①発生日時	平成 29 年 10 月 10 日(月 曜日) 17 時 20 分
	②発生場所	食堂
	③種別 (該当する□に☑をつけること)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 骨折・打撲・裂傷 <input checked="" type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 誤飲・誤食・誤嚥 <input type="checkbox"/> 食中毒・感染症・結核 <input type="checkbox"/> 無断外出・失踪・行方不明 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> その他 ()
	④内容 (経緯、発生状況、事故対象者の状況、原因等を記載)	(発生状況) 17時20分頃、利用者A氏の薬を、端野華子氏に飲ませてしまった。 第一発見者は、遅出の職員である。端野華子氏の薬ケースには、A氏の薬の空き袋が入っており誤薬をしたことが判明した。 (原因) 早出職員が、薬を配薬する際、双方の薬を入れ違いした。 投薬時、薬と本人が一致していることの確認不足であった。
4 事故時の対応	発生時の対応 (応急処置、家族等への連絡状況、医療機関への搬送状況等を記載)	17時30分 管理者が薬の内容を確認(血圧を下げる薬)し、〇〇病院に連絡。 バイタル測定を行う。体温 36.4℃、脈 70 回/分、血圧 110/57 主治医より〇時間おきにバイタル測定を行い様子を確認し、急激な血圧低下がみられたときにはすぐに連絡するよう指示有り。 17時45分 現在までの状況を管理者から、次男へ電話にて説明。 翌朝8時50分、管理者より次男に対し前回からの状況を電話にて報告。 家族への連絡(<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 居宅介護支援事業者への連絡(有・ <input type="checkbox"/> 無)
5 事故後の対応	①搬送後又は治療後の利用者の状況(病状、入院の有無等)	利用者の状態は特に変化なし
	②家族への対応 (報告・説明)	17時45分 事故発生後電話連絡。管理者が、直接次男に状況を説明。 【ご家族から】 父に対して非常に良くいただいていると思う。今後お願いしますとのこと。 損害賠償保険の利用(有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)
6再発防止策・改善点		<ul style="list-style-type: none"> 誤薬対応マニュアルの再確認。(マニュアルどおり実施していたかの確認) 投薬介助時は、基本の確認(名前:本人と一致しているか?・いつ飲む薬か?ちゃんと飲み終わったか?・一斉に投薬介護を行わない)を行う事の再度周知・徹底を行う。 朝・昼・夕とシールで色分けする。 薬の配薬後は、職員2名で名前・日付・時間を声を出し確認する。 勤務サイクルの再確認。実際に行えるのか早急に協議し、出来ない場合、業務内容の見直しを行う。 <p>(記入者 介護 英恵)</p>