

通知書

●●県●●市●●●●-●●-●●

●● ●●様

●●●●年●月●日

通知人 社会福祉法人●●●●

特別養護老人ホーム●●●●

電 話 ●●-●●●●-●●●●

●●●●年●月●日の晩に●●●●様の右腕に表皮剥離が認められた件（以下では「本件」と記載致します。）に関し、施設職員からヒアリングを行うとともに、介護記録を精査し、本件の発生原因を調査致しましたが、現段階では発生原因は不明であることをご報告申し上げます。当介護施設において●●●●様の右腕の表皮剥離が発生したかどうかは不明ですが、仮に当介護施設において発生したとすれば、●●●●、●●●●、●●●●などを行う際に偶発的に●●●●様の右腕の表皮剥離が生じてしまった可能性があります。ご高齢のご利用者の場合、わずかな力や摩擦などによっても皮膚の表皮剥離が生じることがありますので、ご利用者に皮膚の表皮剥離が発生するリスクを完全に無くすことは困難ですが、本件を踏まえ、当介護施設としても、あり得る発生原因を念頭に置いた再発防止に努めて参ります。このたびは、●●●●様やご家族の皆様にご心配をお掛けしてしまい、申し訳ありませんでした。

以上