

事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

施設長	副施設長				係長	担当

フリガナ	●●●●●●	男	要介護1	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	97歳			<input type="checkbox"/> その他 ()

報告者	●●●●	発生(発見)日時	平成28年10月26日(水) 11:00 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 () 他入居者の排泄介助中に居室よりドンと物音が聞こえた為、伺うと頭部を壁・足をベッド側に向け仰向けになって倒れているところを発見する。「車椅子に座ろうとしたら、滑って転んだ。頭はぶつけていない。」と話される。車椅子はベッド横にブレーキをかけ設置していたが、居室の中心あたりまで動かされており、右ブレーキが解除されていた。状況としては、車椅子に掴まって立ち上がるも座る前にブレーキを解除してしまった為、車椅子が動いてしまい座ることができず後ろに座り込むようにして転倒されたと思われる。また転倒される前、職員は本人がベッドに座っていた事を確認しており、用事がある場合や車椅子に座る際にナースコール使用して頂くよう声をかけていた。 <施設内連絡> 11:00 ●●●●援助員より看護師へ転倒事故の件連絡する。 11:15 ●●●●援助員より施設長へ転倒事故の件・本人の状態内線にて報告。ご家族様へ連絡するよう指示を受ける。 ●●●●援助員より副施設長へ転倒事故の件・本人の状態内線にて報告。 15:30 ●●●●援助員より施設長へご家族様に転倒事故の件・本人の状態説明し謝罪した旨を報告する。
----	---

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	臀部
身体観察し腫れ・変色は見られないが尾骨あたりが痛いと言え聞かれる。左手薬指に軽度の腫れ・変色見られる。転倒した際に床にぶつけたと思われる。			

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 () ベッドへ移乗後、仙骨部・左手薬指に湿布貼り、安静にして頂く。
----	--

バイタルサイン	体温	36.6℃	血圧	115 / 69 mmHg	脈拍	60 回/分	SPO2	%	計測時間	11:10
---------	----	-------	----	---------------	----	--------	------	---	------	-------

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 checked="" type="checkbox"/> その他 () ・スリッパを履いていた為、足元が滑ったと思われる。 ・体調も良くなってきており、自分でできることはやりたいという意欲があった。
-------	---

事故防止対策	・ 今後は本人に説明しスリッパではなく、靴を履いて頂く。 ・ ご自分で車椅子に座られる際は、車椅子ではなく介助バーに掴まってから立ち上がって頂くよう介助に入った職員が声をかけ退室する。(無理な場合は、すぐナースコール使用して頂くことも一緒に伝える。) ・ 車椅子は座りやすいようにフットレストを介助バー側(窓側)に向け、真横に設置する。
--------	--

家族への説明	家族氏名 ●●●●様	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	転倒事故の件・本人の状態説明し謝罪する。「すみませんね。でも元気になって来ていることがわかって良かったです。よろしくお願ひします。」とお言葉頂く。
--------	---