

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

施設長	副施設長	援助課長	医務課長	相談員	係長	担当

フリガナ			男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	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		89歳							
報告者	●●●●			発生(発見)日時	平成28年06月24日(金) 02:20 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 ( ) 他入居者よりナースコールがありその介助中に、「ドンッ」という音が●●氏の居室より聞こえた為訪室すると、居室にある丸椅子に頭を乗せ身体の右側を下にして椅子に寄りかかっている本人を発見する。靴はご自分で履き、歩き出したと思われる。 2:23 待機看護師へ電話連絡 2:30 他グループ夜勤者に口頭連絡 2:45 副施設長電話報告 3:10 待機看護師よりご家族へ電話連絡 3:15 副施設長より施設長へ報告									
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 checked="" type="checkbox"/> 腫れ <input checked="" 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 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 ( ) 頭が丸い椅子の上に乗せている状態であった為、頭を打ったのかを確認すると「打った」と話されている為頭部クーリングを行う。また、右大腿部に変色を確認し、冷湿布を貼り様子をみる。 看護師が●●●●病院へ受診の連絡をするが、研修医のみで整形の専門医が不在で1週間は対応できないとの返答あり、他の病院への受診についても相談するが難しいでしょうとの返答。足を動かすなど体動がある為、朝まで様子をみることにする。									
バイタルサイン	体温	37℃	血圧	90 / 62 mmHg	脈拍	98 回/分	SP02	%	計測時間	2時40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 checked="" type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> どのように転倒をしたのかは不明。20分前に排せつ介助を済ませていた。何をしようとして起きてきたのかも不明であった。 <input type="checkbox"/> 日頃から夜間は30分から1時間くらいの間隔で頻回に起きてきており、その理由も様々であった。23日、排便が3日目で坐薬処置したが無排便となり、日勤者から夜勤者へその旨十分注意するよう引き継がれていた。しかし転倒後の様子から便意をもよおしていた訳ではないことが考えられる。 <input type="checkbox"/> 夜間は約1500cc~2000ccの尿量があり、ほぼ毎回パットに排尿がある。ここ1週間の飲水量は1000cc~1500ccである。 <input type="checkbox"/> 歩行状態はすり足。浮腫があったが歩行に安定感があり、付き添いの対応はしていなかった。入居時より足の浮腫が顕著。クリームを使用したマッサージを行っていたが、痛がるためほとんど効果が得られなかった。									
事故防止対策	夜間尿量が多く、眠れない状態にあったと考えられる。泌尿器科の受診が必要であった。 泌尿器科を受診することにより、足の浮腫の改善が期待できる。 夜間尿意によって起きる回数を減らすこと、加えて日中の活動量の検討を行い、夜はぐっすり眠ってもらうことで夜間転倒するリスクは減らすことができると考えた。									
	加ファリスの必要性について		<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要							
家族への説明	平成28年06月24日(金)		説明方法		<input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話		説明職員		●●看護師	
	家族氏名		●●●●氏					続柄		妻
	居室内で転倒したこと、変色と痛みがあり協会病院へ連絡をしたが研修医のみで整形の専門医が不在で1週間は対応できないとの返答あり、他の病院への受診についても相談するが難しいでしょうとの返答。足を動かすなど体動がある為、朝まで様子をみることを伝える。ご家族より「分かりました。よろしくお願ひします。」と返答がある。									