

事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

フリガナ	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>		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		91 歳							
報告者	●●●●●●		発生(発見)日時		平成27年03月27日(金) 16:20 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"/> 拠点フロア <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 ()									
	拠点カウンター付近で作業中、廊下から「誰か～」と声がした為すぐに様子見に行くが間に合わず、拠点入り口付近廊下にて転倒。 歩行器を使用して歩行中、前にバランスを崩し歩行器に掴まったまま右膝を付き、歩行器が前に流れた勢いで右側を下に滑り込む様に転倒される。 <施設内報告> 16:30 ●●●●●●援助係長より施設長、施設長補佐へ事故状況と本人の状態、ご家族への連絡をした旨報告。									
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	左膝				
	左膝にズボンですれたと思われる表皮剥離1.5cm程度。									
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(傷口保護)) 上体抱え起こし、車椅子に移乗。身体観察するが左膝の表皮剥離以外に外傷無く変色なども見られず。									
バイタルサイン	体温	36.9℃	血圧	137 / 80 mmHg	脈拍	81 回/分	SP02	%	計測時間	16:35
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 checked="" type="checkbox"/> その他(判断ミス))									
	長距離を歩行した後の転倒であったため、疲労により足がもつれた可能性が高い。 歩行器を使用しての歩行状態は安定されていた為、施設内散歩は自力で問題無いと判断したが、疲労が生じた際の歩行状態までは想定していなかった。									
事故防止対策	<ul style="list-style-type: none"> ・長距離の歩行(施設内の散歩)は付き添いが可能な時間帯に、職員と一緒にしかけていただく。 ・お一人で行きたい際は、車椅子にて出掛けていただく。(自走は可能) ・拠点内の歩行に関しては、状態を見ながら付き添いを要するかどうか見極めていく。 									
	カフェインの必要性について <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要									
家族への説明	平成27年03月27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・本人の状態伝え、謝罪。今後もさらに転倒の可能性が高くなることとそれに対する対応を検討していく旨お伝えする。「迷惑おかけしてすみませんが、よろしく申し上げます」と返答頂く。									