

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 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 | 88 歳 | | | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 報告者 | ●●●● | | | 発生(発見)日時 | 平成28年05月21日(土) 05:50 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 type="checkbox"/> 転倒 <input checked="" 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に入ると床に手が見える。車椅子のフットレストの左側は上にあがっており、右側をお尻で敷いてはまっているのを発見する。車椅子の左側ブレーキは外れており本人の手にはハサミで小さく切った紙テープを持っている。本人にどうしたのか何うと「テレビ台の下にひいてあるハンカチが落ちそうなのでテープをつけてベッドに戻ろうとしたら、ずり落ちてしまった。どこも打っていません。ゆっくりと落ちました」と話される。車椅子を使用していない時はブレーキがかかっているのを援助員が確認をしている。 【施設内連絡】 6:46 待機看護師に居室内でずり落ちた事を電話で連絡する。 8:05 ●●SVへずり落ちた件を口頭で報告する。 8:23 施設長へずり落ちた件を電話で報告する。 18:00 援助課長へずり落ちた件を口頭で報告する。 23日14:00 副施設長へずり落ちた件を口頭で報告する。 | | | | | | | | | |
| 症状 | <input checked="" 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 type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | 部位 | | | | | |
| | ベッドに横になっていただき身体観察行う。腫れ、変色、本人からの痛みの訴え無し。 | | | | | | | | | |
| 対応 | <input checked="" 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 type="checkbox"/> その他 () バイタル測定、身体観察行う。体温35.8度 血圧145/92/63 Spo2 98% 腫れ、変色、本人からの痛みの訴え無し。排泄介助の際、立ち上がり等いつもと変わり無し。看護師出勤後、診ていただく。背部臀部など痛み変色みられず。 | | | | | | | | | |
| バイタルサイン | 体温 | 35.8℃ | 血圧 | 145 / 92 mmHg | 脈拍 | 63 回/分 | SP02 | 98 % | 計測時間 | 6:30 |
| 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 (本人で考えて動く事が可能である為) ・居室に置いてあるテレビ台にしいてあるハンカチが落ちそうで気になり、紙テープを小さく切り貼っていた。その作業が終わりベッドに戻った際にずり落ちたと考えられる。 | | | | | | | | | |
| 事故防止対策 | ・テレビ台に置いてある物が本人の手を伸ばすと触りやすい位置にテレビ台をずらす。 ・テレビの下にしいてあるハンカチもずれるのを気にしているのでテープで固定する。 ・今後も車椅子のブレーキをしっかりとかけていただくよう声掛け、職員が訪室した際はブレーキがかかっているか確認する事を継続する。 | | | | | | | | | |
| | 加ファリスの必要性について | <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 | | | | | | | | |
| 家族への説明 | 平成28年05月21日(土) | 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 | 嫁 | | | |
| | 今朝、居室ベッドからずり落ちた状況を説明し謝罪する。「この前も連絡いただきました。わざわざすみません。宜しくお願いします。」とお言葉いただく。 | | | | | | | | | |