

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 type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 | | | | | |
| 本人氏名 | ●●●● 様 | 98 歳 | | | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 報告者 | ●●●● | | | 発生(発見)日時 | 平成26年10月22日(水) 03:00 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 (ベッド横の床) | | | | | | | | | |
| 状況 | <input 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (ベッドからのずり落ち) 職員が●●拠点巡回していると、ナースコールが鳴った為訪室するとベッドを背に足を伸ばした状態で床に座っているご本人を発見する。本人に話を伺うと「ベッドから立とうとしてすべって落ちた」と話されている。靴も靴下も履いておらず裸足の状態であった。ナースコールに手が届く場所であった為、立とうとしても立てなかったがナースコールに手が届き助けを呼んだと話されている。抱き起こしベッドに座っていただく。 23日 7:35 ●●副主任援助員より●●援助課長へ事故の件報告する。 9:35 ●●副主任援助員より施設長へ事故の件報告する。 9:40 ●●副主任援助員より施設長補佐へ事故の件報告する。 | | | | | | | | | |
| 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 | 臀部、背中 | | | | |
| 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 () 抱き起こしベッドに安静にさせていただく。 | | | | | | | | | |
| バイタルサイン | 体温 | 36 °C | 血圧 | 126 / 89 mmHg | 脈拍 | 105 回/分 | SPO2 | % | 計測時間 | 3:10 |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 環境・設備 <input type="checkbox"/> 設備・点検不足 <input type="checkbox"/> 人為的問題 <input type="checkbox"/> その他 () 【原因】 ①以前はベッドから立ち上がる際、掴まるところが無くてもベッドに両手をついて立ち上がる動作で立ち上がる事ができたが、最近足に力が入りづらくなり歩行や立ち上がり不安定さが目立つようになりずり落ちに繋がったと考えられる。 ②ベッドから立とうとした際、裸足の状態であったため足元が滑ったと考えられる。 | | | | | | | | | |
| 事故防止対策 | 【対応】 ①ベッドにサイドレールを設置し、立ち上がる際スムーズに立ち上がる事ができるよう対応。 ②不眠の様子見られる際には、30分おきに居室を訪問、休まれるように促しを行う。 | | | | | | | | | |
| 家族への説明 | 加ファルスの必要性について | | <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 | | | | | | | |
| | 年月日 () | 説明方法 | <input type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> 電話 | | 説明職員 | | | | | |
| | 家族氏名 | | | | 続柄 | | | | | |
| ご家族より緊急性がなければ来園時の報告でよいとのことから次回ご家族来園時に報告することとする。 | | | | | | | | | | |