

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

|         |   |       |  |               |  |   |            |   |      |     |
|---------|---|-------|--|---------------|--|---|------------|---|------|-----|
| フガナ     | ●●●●  |       | 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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |            |   |      |     |
| 本人氏名    | ●●●● 様  |       | 87 歳   |               |  |   |            |   |      |     |
| 報告者     | ●●●   |       |  |               | 発生(発見)日時   | 平成26年11月28日(金) 12:40 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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |       |  |               |  |   |            |   |      |     |
|         | <p>口腔ケア後、「部屋行って寝る」と話があった為、他の入居者対応の為10分ほど待って頂く事説明し納得される。●●●さんに置時計を手渡し時間が確認できるようにした。その後自分で車椅子を自走し居室に戻ってしまう。その際、拠点に残っていた職員が自走し居室に戻った事に気付くのが遅れ、ご自分でベッドに移ろうと立ち上がった際に気付き居室に向かうも間に合わず転倒した。車椅子に掛かっていたバルーンが引っかかり、ゆっくりと座り込む様に仰向けの状態で転倒される。その際、後頭部を床に打っているも、本人より痛い所は無いと話しある。身体観察するも腫れ・変色・痛みの訴えは無い為、様子見る。</p> <p>【施設内連絡】<br/>         28日 13:00 施設長へ転倒の件報告する。(●●●主任)<br/>         13:30 施設長補佐へ転倒の件報告する(●●●主任)<br/>         29日 7:30 ●●●援助課長へ転倒の件報告する。(●●●援助員)</p> |       |  |               |  |   |            |   |      |     |
| 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<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |       |  |               |  | 部位  | 右腰部から膝にかけて |   |      |     |
|         | 28日 ご本人より痛い所は無いと話しあり、腫れ・変色など見られていない。<br>29日 起床時、右足の痛みの訴えある。立位不安定な様子あり。車椅子に座った後は訴えない。朝食後トイレにて右足の状態観察をする。右太ももから右足首にかけて痛みの訴えあるも、腫れ・変色等見られていない。   |       |  |               |  |   |            |   |      |     |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |       |  |               |  |   |            |   |      |     |
|         | 28日 腫れ・変色・痛みなど見られない為、様子見ている。<br>29日 右腰部から膝にかけて痛みあるも、熱感・腫れ・変色無くバイタルも特に変わりない為、様子見ている。<br>30日 痛み続いている為、●●●病院受診となり、大腿骨骨折にて入院となる。  |       |  |               |  |   |            |   |      |     |
| バイタルサイン | 体温  | 36.7℃ | 血圧   | 138 / 81 mmHg | 脈拍   | 63 回/分  | SPO2       | % | 計測時間 | 13時 |
| 要因・原因   | <input checked="" 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<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |       |  |               |  |   |            |   |      |     |
|         | <p>・拠点にて食事介助をしていた職員が●●●氏に背を向けたまま介助を行っていた。●●●氏に注意を向けながら行っていたが、気づいたときには遅く、居室に行った事に早く気付けなかった。</p> <p>・最近1ヶ月くらい徐々に精神状態が不安定な状況が見られていた。何をしても●●●さんを1番最初に対応しないと介護職員に対し攻撃的な口調で話す、大声を出すなどの行動があり、精神科を受診する方向で話を進めている最中であった。</p>   |       |  |               |  |   |            |   |      |     |
| 事故防止対策  | <p>・見守りが必要な方が視界に入る位置で職員は業務を行い、動きがあった際にはすぐに側に行くことを徹底する。</p> <p>・退院後の本人の精神状況を見て、精神科受診の必要性を再検討する。</p>  |       |  |               |  |   |            |   |      |     |
|         | 加ファインの必要性について   |       | <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 |               |  |   |            |   |      |     |
| 家族への説明  | 平成26年11月30日(日)  |       | 説明方法   |               | <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 |   | 説明職員       |   | 援助課長 |     |
|         | 家族氏名  |       | ●●●様   |               | 続柄   |   | 娘婿の弟       |   |      |     |
|         | 28日に転倒あり28・29日に●●●様に連絡するも連絡とれない状態の為、●●●様に電話連絡した事お伝えする。事故状況、現在の状況説明し謝罪する。また、29日様子見ているが本日も痛み軽減されない為、病院電話し診察してくれると返答あった為、受診しても良いか確認し了承する。その際「病院に行った方がいいですか」と●●●様よりお話あるも結果分かり次第再度連絡させて頂く事お伝えする。   |       |  |               |  |   |            |   |      |     |