

事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

| | | | | | | |
|-----|------|--|--|--|----|----|
| 施設長 | 副施設長 | | | | 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 | 90 歳 | | | | | | | | |
| 報告者 | ●●●● | | | 発生(発見)日時 | 平成28年11月15日(火) 16:50 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 checked="" 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 () | | | | | | | | | |
| 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 () 居間の食卓テーブルに付き過ぎされていた。食席を立ち上がり、横に出ようとされ、足がもつれて転倒される。左腕にはぬいぐるみを抱きかかえており、左脇骨あたりから床に倒れる。何をしようとしたのか聞くも、ご本人も混乱されており「大丈夫です。自分で立てます。この子(ぬいぐるみ)大丈夫かしら。」等、どうして立ち上がったのか聞き取りすることはできなかった。 【施設内報告】 17:00 医務へ転倒の件電話にて報告する。 17:10 施設長へ転倒の件口頭にて報告 17:15 ●●SVへ転倒の件口頭にて報告 | | | | | | | | | |
| 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 type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感 <input checked="" type="checkbox"/> その他(傷・腫れの確認をしようとするが見せていただけず。) | | | | | 部位 | 左ソケイ部 | | | |
| | ご本人は「どこも痛くないです。すぐに治ります。」と話されるも、立ち上がり、左足を動かす際「痛い」と左鼠蹊部あたりに手を置き話されている。 | | | | | | | | | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他(医務に連絡) 状況やご本人の状態確認し受診となる。看護師が状態確認後、すぐに受診となった為、バイタル測定はしていない。 | | | | | | | | | |
| バイタルサイン | 体温 | ℃ | 血圧 | / | mmHg | 脈拍 | 回/分 | SPO2 | % | 計測時間 |
| 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(バランスを崩して転倒) ・●●氏は歩行状態に問題はなく、認知症のため所在確認が必要な状態にあり、付添い・見守りを行っていた。歩行状態の良し悪しによる付添いや見守りは行っていなかった。 ・常日頃、立ち上がる際に椅子を下げずに立ちあがる状態があったが、立ち上がりから歩行に至るまでの一連の動作については問題無く行っていた為、転倒リスクの可能性・予測はしていなかった。また椅子とテーブルの間隔が15cm程度と狭かったが、そのことがバランスを崩した原因であると特定することは難しい。 ・普段からぬいぐるみを抱えて過ごされている。事故時は両手がふさがった状況ではある。対象となるぬいぐるみが無くなると極度の不安から周辺症状が出現するので、いつでも本人が気になっている時には抱っこをしてもらっていた。ぬいぐるみを抱っこをすることで歩行が不安定になるなどの状況は見られていなかった。 | | | | | | | | | |
| 事故防止対策 | ・今回の事故は●●氏のADL、アセスメント状況から予測出来ず防ぐ事は出来なかった。 ・現在、骨折による入院中であり、退院時にはADLの変化が見込まれる為、再アセスメントにより対応の検討を行う事とする。 | | | | | | | | | |
| | 加ワレシの必要性について | | <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 | | | | | | | |
| 家族への説明 | 平成28年11月15日(火) | 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 | 長男嫁 | | | | |
| | 本日17時50分食事の席から立ち上がった際に足がもつれ転倒してしまったことを電話にて謝罪し、左足・左鼠蹊部に痛みを感じている様子がある為受診する方向で考えており詳しい事がわかり次第再度連絡することを伝え了承を得る。「わかりました。気にしないでください。」とお言葉いただく。 | | | | | | | | | |