

# 事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

総合施設長	副施設長	援助課長	課長補佐	医務課長	相談員	担当

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 type="checkbox"/> 杖歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( )
本人氏名	●●●● 様	87 歳			

報告者	●●●●	発生(発見)日時	平成25年04月19日(金) 13:30 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 ( )
----	---

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 ( )
----	---

ご本人の「転んだ～」との声が聞こえ、訪室する。伺うとベッドと車椅子の間にしりもちをついているご本人を発見する。痛みの有無を確認し、ベッドへ座って頂く。本人より、「車椅子のストッパーを掛けるのを忘れた。立ち上がった時に車椅子が動いて転んでしまったの、ごめんなさい。」と話されている。

- 4月19日 13:35 ●●援助員より援助係長へ転倒の件を報告する。  
 4月19日 13:40 ●●援助員より●●看護師へ転倒の件を連絡する。  
 4月19日 13:40 援助係長よりリスク委員会(●●係長)へ転倒の件を報告する。  
 4月19日 13:45 援助係長より副施設長へ転倒の件を報告する。

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	
----	---	----	--

臀部確認するも、痛み・腫れ・変色は見られず。

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 ( )
----	---

職員が腰を支え、本人も手すりを握みながら、ベッドに座って頂く。

バイタルサイン	体温	36℃	血圧	127 / 74 mmHg	脈拍	71 回/分	SP02	%	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 (車椅子のストッパーの掛け忘れ)
-------	--

ご本人は自立しており、移乗・移動についても自立されている。ご本人はベッドに移乗する際、車椅子のストッパーを掛け忘れのまま立ち上がった為、車椅子が後ろに下がりそのまましりもちをついてしまった。ご本人は自分がストッパーを掛け忘れ、転倒してしまった事を十分理解している。

事故防止対策	ストッパーを掛け忘れて転倒してしまった事をご本人は十分理解し、「本当にごめんなさい。」と何度も話され、とても反省されている。また、自立心が強く失敗して転んでしまったことを他人居者に知られたくないご様子。その事も含めて、今後もご本人の自尊心を傷つけることなく、他人居者に気づかれないうちに見守っていく。 ①食事の席へ着く際は、本人がストッパーを掛ける姿を見守る。 ②昼食後は毎日ベッドで休まれている。昼食後に居室へ戻られ、ベッドへ移乗される際はご本人がストッパーを掛ける姿を見守る。③就寝時、居室へ戻られる際はご本人が居室のドアを開ける前にベッドへの移乗時にストッパーを掛け忘れがないよう声掛けをする。(4月26日グループ会議にて検討)
--------	---

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	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	
	親類の方より以前から怪我等ない場合は報告はおりませんとのお話を頂いており、報告はしていません。(ご家族はおられません)			