

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5	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	78歳								
報告者	●●●●	発生(発見)日時		平成28年04月23日(土) 05:40 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 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 ()									
	<p>隣の居室で他入居者の介助を終えると同時に、居室より「ガタン」と物音あり。訪室すると、ベット上に本人の姿は見られず、ベット左側床に身体の右側を下にした状態で横になっているのを発見する。本人に声掛けすると「転んだの～」との事。発見時、左のみ上履きを履き、ベット横に設置してあった車椅子は設置位置より動いていなかった。</p> <p>【施設内連絡】 当日 9:00 今朝の事故の状況と、本人の状態について施設長に電話にて報告する。 12:30 今朝の事故の状況と、本人の状態について●●課長に口頭にて報告する。 13:15 今朝の事故の状況と、本人の状態について副施設長に口頭にて報告する。</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 <input type="checkbox"/> その他 ()						部位	右半身・頭部		
	発見後、身体の痛み伺うも「どこも痛くない」と話され、外傷も見られない為介助にて車椅子に座って頂く。車椅子に座ると「トイレに行きたいの」と訴えあり、再度ぶつめた場所伺うと「頭ごつてぶつめた」との事。頭部確認も腫れや変色見られず、その他状態変化も見られず。									
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 ()									
	転倒後、身体と頭部確認も腫れや変色見られず。状態の変化無い為、トイレにて排泄済ませた後居室で休んで頂く。事故発生より30分後、バイタル測定と再度状態の確認をする。嘔気等見られないも、左手中指付け根に1.5cm程の青い変色と、右足の膝に赤みあり。本人より痛みの訴えは聞かれず。本人の転倒状況と状態件わせ待機看護師に連絡する。状態伝え、待機看護師より引き続き様子見る様指示を受ける。その後も引き続き様子観察するが、嘔気・嘔吐や身体の痛み、不調の訴えも聞かれず。状態変化無く過ごされる。									
バイタルサイン	体温	36.3℃	血圧	112 / 54 mmHg	脈拍	69 回/分	SP02	%	計測時間	6:20
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 type="checkbox"/> その他 ()									
	・本人、トイレに行きたく自力にて車椅子に移ろうとしたが、片麻痺(右側)もある為ベットより立ち上がり車椅子に座ろうと右側に回転した際、バランスを崩し転倒してしまったと考えられる。 ・夜間～朝方で、本人がいつ目を覚まし起き上がるかといった予測が難しい。(事故当時も、排泄は20分前に済ませていた)又本人が起きようと思っからの動作が早く、他入居者の介助に入っている際は本人の状態の把握も出来ず対応も難しい。									
事故防止対策	今後、夜間帯のみ本人が起きようとした際に速やかに対応出来るようセンサーの設置をしていく。設置に関しては、本人とご家族への説明と了承を頂いてから設置する形とする。センサーの設置場所に関しては、本人がベットより足を下ろそうとした際に反応する位置を調べ、設置位置をグループ内で周知し対応していく。									
	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04月23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		ご主人	
	今朝の事故状況と本人の状態について電話にてお伝えし謝罪、状態変化に注意し様子観察していく事をお伝えする。ご主人より「わかりました。様子見ていってください。今日11時ぐらいに行く予定なので、ありがとうございます。よろしく」とお言葉頂く。									