

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	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	92歳							
報告者	●●●●●	発生(発見)日時		平成28年12月30日(金) 01:30 分頃					
場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input checked="" 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() 夜間眠らず拠点へでてきて歩かれていた。他入居者の居室へ入り丸椅子を持って歩き拠点にある洗濯の物干しのところを歩いた際に物干しに引っかかりお尻から転倒される。 施設内連絡 01:40 待機医務へ電話にて連絡 07:45 ●●SVへ口頭にて報告 09:45 ●●課長へ口頭にて報告 10:00 ●●課長(リスク委員)へ口頭にて報告 11:20 施設長へ口頭にて報告								
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			
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() 本人に痛みの有無を確認するも「痛いとはどこもない。」と笑顔で話される。確認の為トイレへ行き臀部を確認させていただき腫れや変色は見られず。そのまま様子を見る。								
バイタルサイン	体温	36.5℃	血圧	135 / 71 mmHg	脈拍	73 回/分	SPO2	%	計測時間
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 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() ・夜間不眠傾向にあり居室内で布団を畳んだり歩いてされている。また、拠点にも自身で歩いて来られ他入居者の居室へ入ろうとされたり拠点にあるものを持ち歩かれる等され何かを探しているような様子も見られている。日によって眠られる日もあるが眠れない時の方が多く、眠れない理由は明確にはわからず。 ・夜間眠られていないことによって足元がふらついてしまった可能性があり、拠点内に、洗濯物干しと等本人が掴まると動いてしまうようなものが置いてあった為転倒されたと考えられる。								
事故防止対策	・夜間帯眠れていない状況がみられる為、日中にできるだけ散歩やクラブ活動参加していただく等日中の活動量を増やし、夜間熟睡できるようにしていただく。 ・夜間帯導線には、椅子や物干し等の動きやすい物は本人が触れた事により転倒する可能性がある為、拠点に置かないようにする。 ・所在確認の為、1介助毎に本人がどこで何をしているのか確認する。								
	カフアレ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12月30日(金)		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		
	夜間帯熟睡することができず、居室・拠点内を歩かれておりその際拠点にあった物干しに足が引っかかり臀部から転倒してしまった事を報告・謝罪する。「こちらこそわざわざすみません。大丈夫だと思いますよ。」とのお言葉をいただく。								