

事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

フリガナ			男 <input checked="" type="radio"/> 女	要介護 2	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" 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		91 歳							
報告者	●●●●●				発生(発見)日時	平成26年07月22日(火) 00:35 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 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (ベッドからのずり落ち) 居室より「誰かたすけてー」と叫び声が聞こえた為訪室するとベッド横の床に横座りの状態で座っているところを発見する。本人「トイレから戻って座ろうとしたらずるずると落ちて座った」と状況を話される。歩行器が離れたところがあったため、本人歩行器を置き、後ろに下がる形でベッドに座ろうとしたため座り損ねたものと思われる。 22日 7:30 ●●副主任援助員より援助課長へ夜間のずり落ちの件、口頭にて報告する。 9:20 ●●副主任援助員より施設長補佐へ夜間のずり落ちの件と合わせてご家族に報告した件、口頭にて報告する。 9:40 ●●副主任援助員より医務へ夜間のずり落ちの件、口頭にて報告する。 9:50 ●●副主任援助員より施設長へ夜間のずり落ちの件と合わせてご家族に報告した件、口頭にて報告する。									
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	膝、臀部			
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 () 介助しベッドに座っていただき、患部確認するも腫れ・変色なし。再度「トイレに行きたい」話され、トイレに向かわれる。歩行状態変わり無く、臀部の状態も問題なし。痛みの訴えもすぐに消失。									
バイタルサイン	体温	36.7 °C	血圧	175 / 88 mmHg	脈拍	93 回/分	SPO2	%	計測時間	0 : 45
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 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 () ・トイレから戻り、ベッドに腰掛ける際に座り損ねた。 ・本人歩行器を少し遠くに置いてから後ろに下がる(本人のこだわり)ため、ベッドにお尻が乗り切らなかったと思われる。									
事故防止対策	・本人に、ベッドにしっかり座ってから歩行器を離すように声掛けをお願いします。									
家族への説明	加ファルスの必要性について		<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要							
	平成26年07月22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		●●●●●					続柄		長男
夜間の転倒の件、報告する。「わざわざすみません。連絡ありがとうございます」とのお言葉をいただく。										