

<h1>事故報告書</h1>	施設長	副施設長				係長	担当

フルーツ・シャトーよいち

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	79歳						
報告者	●●●●	発生(発見)日時		平成29年01月26日(木) 02:10 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 type="checkbox"/> 転倒 <input checked="" 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 ()							
	居室より「ドン」と物音あり、居室に様子を伺いに行くとベット右側床に右側を下にして車椅子のフットレストに衣類が引っかかった状態で床に横たわっている。車いすに引いていた座布団がずれており、ブレーキは両方ともかかっていた。センサーは使用していたが、反応はしなかった。 施設内連絡 1月26日 09:30 ●●から副施設長へ内線で報告する。 10:00 ●●から援助課長へ口頭で報告する。 10:10 ●●から施設長へ口頭で報告する。							
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		
痛み確認を行い「痛い」と話されるが、本人もびっくりしており、すぐにどこの痛みなのかは不明である。								
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 () ベットに職員2名で移乗し身体観察を行うが、腫れ・変色は見られていない。ベットにて安静を促すがすぐに起き上がり、「起こして」と興奮している。そのまま起きて頂き、様子見る。10分ほどすると自ら居室に戻られるので、休んで頂きバイタル測定を行う。							
バイタルサイン	体温	36.5℃	血压	137 / 68 mmHg	脈拍	64 回/分	SP02 % 計測時間 2:35	
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 ()							
	・自分で車椅子に移る能力はあるが、気になる事や気分が高揚していると自分で一つ一つの動作をしっかりと行う事ができなくなってしまう安全に移動や移乗をする事ができなくなってしまう。そのような場合には本人の動きに全て付き添いをおこなう事は出来ない。 ・座布団がずれており、無理な姿勢で座りストッパーもかかった状態・麻痺側の補装具も使用していない麻痺側の足をフットレストに上がっていない状態で、車椅子を自走しようと試みたが、車椅子は動きが鈍く無理矢理の移動を試みてしまい転落してしまった可能性がある。 ・転落した日は、同室者の物音やうなり声で、浅眠でほとんど眠れていない状態であった。							
事故防止対策	・居室で休まれる場合はセンサーを使用し、定位置に設置。車いすを斜めに設置する。靴もしっかりと本人が足を下ろす位置に置く対応を継続する。 ・グループ職員のみでは対応できない場合もあるので、他グループ職員にも協力を依頼する。							
	加ワレシの必要性について		<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要					
家族への説明	平成01年01月26日(木)	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	息子	
	夜間車椅子からの転落について説明し、現在大きなケガにはなっていない事をお伝える。今後の対応については、再度検討し、面会時にまたお話しさせて頂きたい事をお伝える「すみませんがよろしく申し上げます」とお言葉頂く。							