

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 4	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					
本人氏名	●●●●様	82 歳			<input type="checkbox"/> その他 ()					
報告者	●●●●			発生(発見)日時	平成26年12月31日(水) 12:05 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 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) 同室者の介助のため訪室し、●●氏のベッドの方からガタガタと物音が聞こえたため様子を伺うと、介助バーを背にして体育座りし車椅子のアームレストを掴み前後に動かされているところを発見する。 <施設内報告> 12:20 ●●主任援助員より施設長へ口頭にて報告する。 12:25 ●●主任援助員より施設長補佐へ口頭にて報告する。 16:50 ●●主任援助員より援助課長へ口頭にて報告する。									
症状	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> その他 ()				部位 左中指第二関節 左側頭部					
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 () 前方から抱えて一度車椅子に移乗し他の職員を呼ぶ。●●氏にどこかぶつけていないか確認すると左側頭部を押さえ「ここにぶつけたんだ」と車椅子の左タイヤを指される。頭部確認するも、腫れ・変色等見られず。本人に何をしようとしたのか確認すると「今日帰るから荷物まとめようと頑張ろうとしたんだ」と話される。その後、排泄の訴え有りトイレ誘導し身体観察すると左中指に変色発見。トイレ終了後、看護師に連絡し様子観察の指示を受ける。									
バイタルサイン	体温	36.9 °C	血圧	133 / 85 mmHg	脈拍	62 回/分	SP02	%	計測時間	12:10
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 checked="" 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 () ①2日前にもベッドからのずり落ちた経緯があり、●●氏の事故リスクも周知しNCの使用促しを再徹底するよう対応したが、NC使用には至らなく行動に気づけなかった。 ②下肢筋力低下、歩行が困難な事から常時移動は車椅子を使用している。その状況の中、正月帰省のため筆筒内から衣類を取り出したり準備するために単独でベッド周辺を立て移動した事が原因。									
事故防止 対策	①同室者の介助、訪室した際の様子観察とNC使用の促し継続。 ②外出や外泊、受診などの際は、事前に職員が準備の声掛けを行い本人と一緒に準備する。									
家族への 説明	かファリスの必要性について		<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要							
	平成26年12月31日(水)		説明方法		<input checked="" type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> 電話		説明職員		●●●●	
	家族氏名		●●●●様				続柄		次男	
外泊の為、施設来園時、本日昼食前に床にいたことをお伝えし頭部ぶつけたと本人訴えあった事・左手中指に変色ある事をお伝えし謝罪する。「よく家でも色んなところで転んだりしてたので大丈夫です。いつものことです」とお話しいただく。										