

事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|----------|--|-------------------------|---|--------|------|---|------|-------|
| フリガナ | ●●●●●● | 男 | 要介護3 | 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 | | | | | |
| 本人氏名 | ●●●●●●様 | 93歳 | | | <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 報告者 | ●●●●●● | 発生(発見)日時 | | 平成26年12月21日(日) 15:45 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(居室入り口付近) | | | | | | | | | |
| 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() ナースコールにて他グループ職員から「車椅子からずり落ちたので来て下さい」と話され訪室。すると居室の入り口のドア付近にて尻餅をついている状態の本人を発見。本人に事情を伺うと「トイレ終わって座ろうとしたら失敗したんだ。」とお話し受ける。普段ベッドサイドに設置しているPトイレが居室前から出て、右側にあるトイレ前に置いたままの状態であり、車椅子のブレーキは掛かっておらず、フットレストも下がった状態であった。 <施設内連絡> 15:50 ●●●●●● 援助員から●●●●●● 看護師へ車椅子からのずり落ちについて連絡する。 15:55 ●●●●●● 援助員から援助課長へ車椅子からのずり落ちについて報告する。 16:40 ●●●●●● 援助員から●●●●●● 援助員へ車椅子からのずり落ちについて連絡する。 17:20 ●●●●●● 援助員から施設長へ車椅子からのずり落ちについて電話にて報告する。 | | | | | | | | | |
| 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(特になし。) | | | | 部位 | 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 checked="" type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他() 転倒後近くにいた別の職員と協力し、二人介助にてベッドに移乗する。その後、直ぐに看護師に連絡しベッド上にて臀部の腫れ・変色ないか確認し、バイタルを測定する。特に問題なかった為このまま様子観察を行う。 | | | | | | | | | |
| バイタルサイン | 体温 | 36.6℃ | 血圧 | 107 / 56 mmHg | 脈拍 | 82 回/分 | SP02 | % | 計測時間 | 16:00 |
| 要因・原因 | <input type="checkbox"/> 見守り不足 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input checked="" 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() ・昼食時に職員がPトイレを居室前のトイレ付近にいったん移動したが、その後元の位置に戻さなかった。それにより本人がトイレに行く際にPトイレが妨げになり上手く動作が出来なかった。 | | | | | | | | | |
| 事故防止対策 | ・Pトイレだけに限らず、移動した家具や福祉用具はきちんと元の位置に戻すことを徹底する。 | | | | | | | | | |
| | 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26年12月21日(日) | 説明方法 | <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 | 説明職員 | ●●●●●● 援助員 | | | | | |
| | 家族氏名 | ●●●●●●様 | 続柄 | 長男 | | | | | | |
| | 車椅子からのずり落ちについて電話にて説明し、謝罪する。看護師と確認し、バイタル問題なく臀部の腫れ・変色見られなかったことを合わせてお話しすると「わかりました。よろしく願います」とお話し受ける。 | | | | | | | | | |