

事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

施設長	副施設長	援助課長	医務課長	相談員	係長	担当

フリガナ	●●●●	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	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	88 歳			<input type="checkbox"/> その他 ()

報告者	●●●●	発生(発見)日時	平成28年04月16日(土) 12:40 分頃
-----	------	----------	-------------------------

場所	<input 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 checked="" 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(ケアセンター側ソファ)
----	---

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(ソファから車椅子へ移乗の際)
----	--

昼食後にリハビリを実施され中央廊下のベンチにて休まれる。その後、車椅子へ座る為、立ち上がり座ろうとした際にバランスを崩され職員支えきれず両膝、右手を床に着き転倒される。

状況	施設内連絡 12:45 ●●援助課長に転倒の件口頭にて報告する。 12:50 ●●施設長に転倒の件口頭にて報告する。 18:30 ●●S Vに転倒の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	両膝・右手
----	---	----	-------

両膝、右手を床に着くが痛みの訴えなし。腫れ、変色なし。

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 ()
----	---

看護師が身体状況確認し、両手、両手首関節腫れ、変色なし。両膝の変色、腫れみられず疼痛なく頭部打撲もないと話され経過見る。

バイタルサイン	体温	36.6 °C	血圧	131 / 56 mmHg	脈拍	70 回/分	SP02	%	計測時間	14時
---------	----	---------	----	---------------	----	--------	------	---	------	-----

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 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 ()
-------	---

- ①リハビリ(スクワット5回)を実施した事で普段よりも疲労感が強く、移乗動作時にバランスを崩してしまった。
- ②車椅子に移乗する際にしっかり傍で本人の体を支えられる位置にいなかった事。

事故防止対策	①リハビリ実施後は普段よりも足元がふらつくという事を想定し、移乗の際は本人の腰部を支え安全に移乗出来る様にする。
--------	--

加ケアの必要性について	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要
-------------	--

家族への説明	平成28年04月16日(土)	説明方法	<input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話	説明職員	●●●●
--------	----------------	------	--	------	------

家族氏名 ●●●●氏

続柄 ●

●●氏の転倒の件電話にて連絡し謝罪する。「怪我がなければ大丈夫です」とお返事いただける。