

タイトル	生後1か月児の転落	
記載日時	2021年 3 月 30 日 火 曜日 11 時 30 分	
報告者	都道府県： 東京都 氏名：※無記名可 安全 ケア子 ●当事者 ○ 発見者 年齢： 45 歳 開業届： <input checked="" type="radio"/> 有 2012 年届出 ○ 無 保険加入： <input checked="" type="radio"/> 有 ○ 無 助産師経験年数： 27 年 勤務形態： <input checked="" type="radio"/> 開業 ○ 勤務 ○ その他	
発生日時	2021年 3 月 29 日 月 曜日 14 時 30 分	
発生・発見場所	<input type="radio"/> 助産所 ○ 病院・クリニック ● 訪問先 ○ 保健所等公的施設 <input type="radio"/> 産後ケア施設 <input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> アウトリーチ型 <input type="checkbox"/> デイケア型 <input type="radio"/> その他	
対象者	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 歳, 妊娠 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 日, 産後 <input type="checkbox"/> 日 (○初産 ○経産) <input checked="" type="checkbox"/> 児 生後 32 日 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	
発生場面	<input type="radio"/> 妊婦健診 ○ 分娩時 ● 産後 ○ 産後ケア <input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> アウトリーチ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="radio"/> 電話 ○ 教室・講座 ○ その他	
事象概要 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 転倒 <input checked="" type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 誤認 <input type="checkbox"/> 内服・点滴に関する事 <input type="checkbox"/> 産後多量出血 <input type="checkbox"/> 産褥熱 <input type="checkbox"/> 感染対策不備 <input type="checkbox"/> 新生児ケアに関する事 <input type="checkbox"/> 指導時の対応や指導内容に関する事 <input type="checkbox"/> 接遇へのクレーム <input type="checkbox"/> その他	
事象レベル	○0 ○1 ○2 ○3a ○3b ○4 ○5 ※3a以上については、都道府県助産師会担当者から日本助産師会に報告する	
発生要因 (複数選択可)	当事者に 関すること	<input type="checkbox"/> 確認不足 <input checked="" type="checkbox"/> 観察不足 <input type="checkbox"/> 判断の誤り <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 未熟な技術 <input type="checkbox"/> 技術の誤り <input type="checkbox"/> 報告不足 <input type="checkbox"/> 身体健康管理(体調不良等) <input type="checkbox"/> 心理的状态(イライラ、慌てていた、思い込み、緊張等)
	当事者に影響 を及ぼした因 子	<input checked="" type="checkbox"/> 教育訓練の不足 <input type="checkbox"/> マニュアルの不備 <input type="checkbox"/> 連絡・報告システムの不備 <input type="checkbox"/> 関連機関との連携不備 <input type="checkbox"/> 記録の不備 <input type="checkbox"/> 対象者の類似 <input type="checkbox"/> 業務・作業の中断 <input type="checkbox"/> 勤務状況(多忙、人員不足、夜勤等) <input type="checkbox"/> 交通手段(遅延・事故等)
	医療用具(機 器)・薬剤・ 設備	<input type="checkbox"/> 環境の不備(照明、段差、滑りやすい等) <input type="checkbox"/> 衛生材料・器具の不備 <input type="checkbox"/> 機器の誤操作 <input type="checkbox"/> 施設・設備の管理不適切 <input type="checkbox"/> 薬剤管理の不備
	説明・対応に 関すること	<input type="checkbox"/> 説明が不足 <input type="checkbox"/> 説明の誤り <input type="checkbox"/> 対象者や家族の理解が不十分 <input type="checkbox"/> その他
管理体制	<input type="checkbox"/> 勤務管理の不備 <input type="checkbox"/> 教育訓練・マニュアル等の不備 <input type="checkbox"/> 情報伝達不備	
具体的な内容 時系列で記入 状況 判断 対応	<p>自宅訪問にて乳房ケア中、生後32日目の男児が、高さ約30cmのソファの座面より転落した。すぐに啼泣し、外傷は見られなかった。助産師が母親をケアしている間、在宅であった父親が児の面倒を見ていたが、ソファに児を寝かせてトイレに行ってしまった。そのことに助産師も母親も気づかず、「ゴン」という音と、児の鳴き声で落下したのを発見した。</p> <p>すぐに啼泣し、外傷がないこと、その後授乳の様子を確認し、児の状態に変わった様子がないことから、両親に注意すべき症状を伝え、経過観察とした。</p>	
予後	●良 ○不良(障害を残した 死亡) ○ 不明	
事例検討	○済 ○未(予定あり) ● 未(予定なし)	
再発防止策	両親への注意喚起。養育環境において注意すべきことについての情報提供。	

入力すると
[]が消える

《都道府県助産師会使用欄》

都道府県助産師会 (西暦 2021 年 4 月 1 日 受理)		日本助産師会
日本助産師会への報告 (3a以上は必ず報告)	事例検討	(西暦 年 月 日 受理)
<input type="radio"/> 要 <input checked="" type="radio"/> 不要	<input type="radio"/> 要 <input checked="" type="radio"/> 不要	

追加情報欄	<報告内容について収集した情報を記載>
	<p>両親は経過観察で良いことについて、納得していたか？ ⇒父親は自分の不注意をひどく反省していた。心配な様子ではあったが、すぐに泣いて、哺乳にも問題が無い様子と一緒に見て頂き、受診が必要な注意すべき症状についてお伝えした所、理解され納得した。</p>