

事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

| | | | | | | |
|-------|------|------|------|------|-----|----|
| 総合施設長 | 副施設長 | 援助課長 | 課長補佐 | 医務課長 | 相談員 | 担当 |
| | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------|--|-------|--|---------------|----------------|---|------|---|--|-------|
| フリガナ | ●●●● | 男 | 女 | 要介護 4 | 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 | 73 歳 | | | | | | | | |
| 報告者 | ●●●● | | | | 発生(発見)日時 | 平成25年05月26日(日) 06:10 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 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 () | | | | | | | | | |
| 状況 | <p>●●ユニット入居者の介護中に●●ユニットの職員から、●●氏が出血して倒れていると連絡受ける。居室訪室すると洗面台前の床に右側を下にし倒れている。左耳に裂傷、出血がみられる。ご本人に状況確認すると、ベッド横の棚の中のゴミを取ろうとした時に、車椅子のブレーキを掛け忘れていた為、車椅子が後ろに下がり、洗面台の角に左耳ぶつけ反動で右横床に倒れたと話される。 (施設内連絡)</p> <p>6:20 ●●援助員から待機医務、●●看護師に事故の件を説明し電話連絡する。 7:00 ●●援助員から待機医務、●●看護師に左耳の出血、傷の状態を再度電話連絡する。 7:40 ●●援助員から援助課長へ事故の件の状況を報告する。 7:45 ●●援助員から総合施設長へ事故の状況を報告する。 10:00 ●●援助員から係長へ事故の件の状況を報告する。</p> | | | | | | | | | |
| 症状 | <input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 擦過 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他(出血) | | | | | 部位 | 左耳 | | | |
| 症状 | 左耳に縫裂きに3cmと1.5cm位2ヶ所に切れて出血している状態。 | | | | | | | | | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | |
| 対応 | <p>6:20 左耳出血の為、消毒しガーゼ保護する。身体観察するも腫れ変色無し。バイタル測定し待機医務に電話連絡する。待機医務より、ガーゼ保護し様子見て出血がひどかったら再度連絡するよう指示受ける。 7:00 左耳の出血止まらない為、傷の状態を再度待機医務に電話連絡する。 7:10 待機医務より、左耳処置行うも出血が止まらず傷口も大きい為、7:50ご家族へ事故の件を説明し、受診することを連絡する。 8:00 看護師付き添いにて●●●●●●病院受診となる。受診の結果、左耳裂傷部洗浄し縫合施行する。C-Tの結果、頭部に異常は見られなかった。</p> | | | | | | | | | |
| バイタルサイン | 体温 | 35.7℃ | 血压 | 137 / 88 mmHg | 脈拍 | 83 回/分 | SP02 | % | 計測時間 | 6時20分 |
| 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 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 checked="" type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | |
| 要因・原因 | <p>・ご本人がゴミを取ろうとし前かがみになった際、車椅子のブレーキをかけ忘れ、ゴミを取ろうとして手を伸ばした際に車椅子が後方へ動いてしまい転んだと本人が話されているが、転倒した位置から考えると立ち上がり数歩、歩いた可能性が高い。</p> <p>・ベッドに臥床したままゴミを捨てられる位置にゴミ箱が設置されていなかった。</p> | | | | | | | | | |
| 事故防止対策 | <p>・今後は移乗や何か作業をする際は、車椅子のブレーキを確認してもらうようご本人に話をする。 ・麻痺もある方である為、物の位置など使いやすい環境になっているかご本人に聞きながら物を配置する。 ・移乗は自力でしており、車椅子に浅く座ることもある為、車椅子の座面にはクッション等を置かず奥まで座れるようにしておく。</p> | | | | | | | | | |
| 家族への説明 | 加ファインの必要性について | | <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 | | 平成25年05月26日(日) | | 説明方法 | | <input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 | |
| 家族への説明 | 家族氏名 | | ●●●●氏 | | 続柄 | | 次女 | | ●●●● | |
| 家族への説明 | 7:50 事故状況を●●●●様に電話連絡し説明し謝罪する。左耳の出血が止まらず傷口も大きい為、●●●●●●病院に受診することを説明する。 | | | | | | | | | |