

事故報告書

フルーツ・シャトーよいち

フリガナ		<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 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 type="checkbox"/> 車椅子					
本人氏名	●●●●様	89歳			<input checked="" type="checkbox"/> その他(手引き)					
報告者	●●●●	発生(発見)日時		平成26年07月03日(木) 15:40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 checked="" 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()									
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() 拠点内で歩き出した所を発見し、かけつけるも間に合わず後ろに転倒される。本人、拠点のカウンターでお茶を飲んでいた。職員が他入居者の介助の為、拠点を離れた際に自ら椅子から立ち上がりカウンター前から居室とトイレの方へ少し歩かれ、そのまま後ろに転倒された。転倒後、本人の様子伺うも「あーあ、いたい。」と話され、詳細はわからず。居室かトイレに向かおうとされ、独りで立ち上がり、歩かれバランスを崩し転倒されたと考えられる。 【施設内報告】 15:50 施設長へ●●●副主任援助員より事故状況・本人の状態報告。 15:51 施設長補佐へ●●●副主任援助員より事故状況・本人の状態報告。 16:10 援助課長補佐へ●●●副主任援助員より事故状況・本人の状態報告。									
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 checked="" type="checkbox"/> 腫れ <input checked="" type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> その他()			部位	後頭部					
対応	<input checked="" type="checkbox"/> 様子観察 <input checked="" type="checkbox"/> 湿布 <input checked="" 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() 転倒後、身体観察する。後頭部に赤み変色あり。他、腫れ、変色痛みの訴えない為、車椅子に移乗し、後頭部に湿布貼る。									
バイタルサイン	体温	36.1℃	血圧	155 / 84 mmHg	脈拍	71回/分	SP02	%	計測時間	15:42
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() ・体調が急変し気を失って車椅子から落ちそうになった入居者の対応をする為、フロアには職員2名いたがその対応の為、職員2名が必要にせまれ本人のそばを離れた事による。									
事故防止対策	・●●●グループまたは他グループへ内線を入れ、対応の依頼をする。 ・急変の利用者の対応を医務へ願います。									
家族への説明	加ファレシスの必要性について		<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要							
	平成26年07月03日(木)		説明方法		<input type="checkbox"/> 面会 <input checked="" type="checkbox"/> 電話		説明職員		●●●●	
	家族氏名		●●●●様					続柄	妻	
15:45 事故の状況、内容、経過説明し、謝罪する。奥様より「いつもすみません。よろしく願います。」とお話頂く。										