

事故報告書（事業者→熊本市）

熊本市障がい保健福祉課提出用

平成 30年 11月 28日

事業所の概要	法人名	社会福祉法人 明徳会		
	事業所(施設)名	チャレンジめいとくの里		
	事業所番号	4310101169		
	所在地	熊本市北区明徳町707-1	電話番号	096(215)9101
			FAX番号	096(245)2344
	記載者職氏名	A		
対象者	氏名・年齢・性別	氏名: B	年齢:	性別: 女性
	住所	熊本市北区明徳町707-1		
事故の概要	発生日時	平成 30年 11月 27日		
	発生場所	食堂(発見時)		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いものを)	<input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input type="checkbox"/> ヤケド <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> 誤薬		
	事故の内容	死亡に至った場合はその死亡年月日:平成 年 月 日 27日の朝食時(8時頃)に右手中指の第一関節あたりが紫色に内出血していたため、医務に報告をしている。		
事故発生時の対応	対処の内容	朝食後に森田整形外科に受診し、右手中指X-P撮影施行 剥離骨折の診断を受ける。		
	治療した医療機関	森田整形外科		
	治療の内容	レントゲン、シーネ固定		
	連絡済の関係機関	ご家族(午後に別受診にて姉に口答にて報告)		
事故後の対応	利用者の状況	(症状、入院の有無、その他利用者の状況及び家族への報告、説明内容等) 骨折前から情緒不安定な状態であり、徘徊が多く落ち着かない様子であった。歩行が不安定なため起床時から就寝時まで支援員が常に付き添っている状態ではあった。記録映像をチェックしたが、骨折に至った原因は不明。		
	損害賠償等の状況	施設加入の損害賠償保険の適用: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 適応外のため、利用なし。		
再発防止に向けた取り組みについて	(できるだけ具体的に記載すること) ①居室で転倒する可能性もあるため、床や壁などにクッション材を設置する。 ②同室のご利用者様の私物や小物が床に散らばっていることが多く、物に躓き転倒に至る可能性があるため片付けをこまめに行う。			

(注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

事故報告書（事業者→熊本市）

熊本市障がい保健福祉課提出用

平成 31年 2月 21日

事業所の概要	法人名	社会福祉法人 明徳会		
	事業所(施設)名	チャレンジめいとくの里		
	事業所番号	4310101169		
	所在地	熊本市北区明徳町707-1	電話番号	096(215)9101
			FAX番号	096(245)2344
	記載者職氏名	A支援員		
対象者	氏名・年齢・性別	氏名: B	年齢: 30歳	性別: 男
	住所	熊本市北区明徳町707-1		
事故の概要	発生日時	平成 31年 2月 19日 20:30		
	発生場所	チャレンジめいとくの里		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いものを)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input type="checkbox"/> ヤケド <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> 誤薬 死亡に至った場合はその死亡年月日:平成 年 月 日		
	事故の内容	坐薬挿肛を実施していた為、2月19日20:30にトイレ誘導を行った。その際に車いすでの誘導を行う為、居室に車いすを持って行き、ベッドに横になっていたB氏を車いすに移乗させる為、端座位を取ってもらい、抱えるように介助を行ったところ介護の拒否があり転倒をされそうになる。その際にB氏が転倒されないように支えたところ支援員が腰をのけざるような体勢になり腰を捻って痛めている。 夜間帯でC勤務者は、他ご利用者様と娯楽室の見守りで手が離せず、一人でトイレ誘導の介助を行わないといけない状態であった。		
事故発生時の対応	対処の内容	腰を痛めた支援員が通院を行っている。(全治4週間程度)		
	治療した医療機関	境接骨院		
	治療の内容	電気治療、熱治療		
	連絡済の関係機関	入所サービス管理責任者、理事長		
事故後の対応	利用者の状況	(症状、入院の有無、その他利用者の状況及び家族への報告、説明内容等) B氏:特記事項なし。 A支援員:通院を行い治療中。		
	損害賠償等の状況	施設加入の損害賠償保険の適用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 労働災害保険申請。		
再発防止に向けた取り組みについて	(できるだけ具体的に記載すること) 再発防止対策実習の実施を行い、介助の方法等を学ぶ機会を作っている。			

(注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

事故報告書（事業者→熊本市）

熊本市障がい保健福祉課提出用

平成 30年 4月 27日

事業所の概要	法人名	社会福祉法人 明徳会		
	事業所(施設)名	チャレンジめいとくの里		
	事業所番号	4310101169		
	所在地	熊本市北区明徳町707-1	電話番号	096(215)9101
			FAX番号	096(245)2344
	記載者職氏名	A		
対象者	氏名・年齢・性別	氏名: B	年齢:	性別: 女性
	住所	熊本市北区明徳町707-1		
事故の概要	発生日時	平成30年4月18日(水)		
	発生場所	チャレンジめいとくの里		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いものを)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input type="checkbox"/> ヤケド <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input checked="" type="checkbox"/> 誤薬		
	死亡に至った場合はその死亡年月日:平成 年 月 日			
	事故の内容	不必要な下剤の追薬あり。4/26(木)に排便が確認されていたが、医務のチェック表の転記漏れがあっており、4/23(月)から更新がされていない状態であった為、4/27(金)の昼食後に下剤を服薬させてしまっている。		
事故発生時の対応	対処の内容	17:30ご家族へ謝罪の電話連絡し下痢症状等は見られていないことを伝える。急にお腹が緩くなることもある為、注意して観察して欲しいと要望があっている。		
	治療した医療機関			
	治療の内容	様子観察		
	連絡済の関係機関			
事故後の対応	利用者の状況	(症状、入院の有無、その他利用者の状況及び家族への報告、説明内容等) ご本人の状態は安定しており、19:00時点での失便等は見られていない。		
	損害賠償等の状況	施設加入の損害賠償保険の適用: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 様子観察を行い、通院等を行う必要が無かった為。		
	再発防止に向けた取り組みについて	(できるだけ具体的に記載すること) 元々は支援室の排便チェック表のみしかなかったが、医務にもチェック表ができていたことでチェック表が2つ存在してしまっていたことが原因であることが分かる。今後は支援室の物が原本、医務室には毎朝支援室のチェック表をカメラで取り、画像でチェックしてもらう事とする。		

(注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

事故報告書（事業者→熊本市）

熊本市障がい保健福祉課提出用

平成 30年 5月 3日

事業所の概要	法人名	社会福祉法人 明徳会		
	事業所(施設)名	チャレンジめいとくの里		
	事業所番号	4310101169		
	所在地	熊本市北区明徳町707-1	電話番号	096(215)9101
			FAX番号	096(245)2344
	記載者職氏名	A		
対象者	氏名・年齢・性別	氏名: B	年齢:	性別: 男性
	住所	熊本市北区明徳町707-1		
事故の概要	発生日時	平成30年 5月 3日(木)		
	発生場所	支援員室		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いものを)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input type="checkbox"/> ヤケド <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input checked="" type="checkbox"/> その他(与薬忘れ) <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> 誤薬		
	死亡に至った場合はその死亡年月日:平成 年 月 日			
	事故の内容	内容: 5月3日(木) 15:00に本人のカルバマゼピン錠100mg「フジナガ」を服用しようとした際に、5月2日(水)の15:00薬を服用していない事に気付いている。2日の朝と夕の日直者に確認したところ、どちらも服用した事を確認していないとの報告を受けており、2日の日課チェック表(服薬を管理している表)を確認したところ、サインがされていなかった。 原因: 午後のグループ活動時の職員3名の内、1名が14:00から通所ご利用者様の入浴に入っており、14:00からは2名でグループご利用者様を把握していた。また内1名が朝の日直者であり、水曜日がめいとくの里の厨房で作成したおやつを提供している為、おやつの準備に入る事から食堂へ移動した為、本人の15:00薬の服薬を忘れており、他の支援員に申し送りする事も忘れていた。また、おやつ提供の際は夕の日直者が日課チェック表を管理していたが、確認し忘れていた。		
事故発生時の対応	対処の内容	・5月3日(木) 15:00薬を服用後、様子観察を行っている。 ・入所サービス管理責任者に報告後、再発防止検討会を実施。ご家族へ謝罪と再発防止策の連絡を行っている。		
	治療した医療機関			
	治療の内容			
	連絡済の関係機関	入所サービス管理責任者、ご家族		
事故後の対応	利用者の状況	(症状、入院の有無、その他利用者の状況及び家族への報告、説明内容等) 健康状態は良好で居居でお気に入りのチラシを持って過ごされている。		
	損害賠償等の状況	施設加入の損害賠償保険の適用: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 通院が発生する事故でなかった為、損害賠償保険の適用は発生していない。		
	再発防止に向けた取り組みについて	(できるだけ具体的に記載すること) ・日直者が勤務時間に常に身に着けているipodlに「14:45→B氏15時薬服用。」「15:10→B氏15時薬服用確認。」のアラームを追加する。 ・午後の活動開始時にグループ支援員が本人の15:00薬を専用のケースに入れて首からかけて15:00薬を忘れないよう対策を行う。		

(注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

事故報告書（事業者→熊本市）

熊本市障がい保健福祉課提出用

平成30年 12月 25日

事業所の概要	法人名	社会福祉法人 明徳会		
	事業所(施設)名	チャレンジめいとくの里		
	事業所番号	4310101169		
	所在地	熊本市北区明徳町707-1	電話番号	096(215)9101
			FAX番号	096(245)2344
	記載者職氏名	A支援員		
対象者	氏名・年齢・性別	氏名: B	年齢:	性別: 男性
	住所	熊本市北区明徳町707-1		
事故の概要	発生日時	平成 30年 12月 25日		
	発生場所	熊野宮神社前		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いものを)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input type="checkbox"/> ヤケド <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input checked="" type="checkbox"/> その他(無断外出)		
	事故の内容	死亡に至った場合はその死亡年月日:平成 年 月 日 7:46に正面玄関のインターフォンを押して施設に帰園されている。モニターを確認すると、7:43に男性棟職員出入口を走って出る様子をモニターで確認している。7:44に裏門が開いて出ている様子あり。7:45に本施設正面前にある熊野宮神社で送迎スタッフが発見し、7:46に送迎スタッフによって正面玄関まで誘導されている。		
事故発生時の対応	対処の内容	7:45に送迎スタッフにより熊野宮神社から施設の正面玄関に誘導している。帰園後、本氏の外傷確認を行い無傷であることを確認している。		
	治療した医療機関	無し。		
	治療の内容	無し。		
	連絡済の関係機関	理事長、施設長、入所サービス管理責任者、ご家族		
事故後の対応	利用者の状況	(症状、入院の有無、その他利用者の状況及び家族への報告、説明内容等) 外傷無し。当日午前中にご家族へ連絡し報告と謝罪を行っている。		
	損害賠償等の状況	施設加入の損害賠償保険の適用: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
再発防止に向けた取り組みについて	(できるだけ具体的に記載すること) 施設入所後の支援者との関係構築が不十分であるため、コミュニケーションを密にし、ご本人の不安を軽減出来るように努める。			

(注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。