

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

令和 2 年 6 月 4 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 | サービスの種別 | 施設入所支援 生活介護 |
| | 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 |
| | 記載者職氏名 | FAX番号 | | |
| 対象者 | 氏名・年齢・性別 | 氏名: | 年齢: | 性別: 男性 |
| | 受給者証番号 | ※市外支給決定者の場合、当該市町村へも報告してください。 | | |
| | 住所 | 熊本市北区明徳町707-1 | | |
| 事故の概要 | 発生日時 | 令和 2年 6 月 4日 | | |
| | 発生場所 | 小口現金預かり庫 | | |
| | 事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの) | <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> ヤケド <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input checked="" type="checkbox"/> その他(金銭) 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 | 小口現金から電話代を出しているが、出納帳を閉める際に、残った電話代を小口現金に返金せずに出納帳を閉めたため、小口現金ボックス内の金銭(電話代残金と小口現金)と出納帳の金額が合っていない。 | | | |
| 事故発生時の対応 | 対処の内容 | 小口現金ボックス内の電話代残金を、返金戻し金として小口現金に戻し、清算を行っている。 | | |
| | 治療した医療機関 | なし | | |
| | 治療の内容 | なし | | |
| | 連絡済の関係機関 | 理事長 平川施設長 石井施設運営部副部長 園田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) ご家族へは、電話代の管理が不十分だったことを報告し、謝罪している。 | | |
| | 治療期間 | <input type="checkbox"/> 全治30日以内 <input type="checkbox"/> 全治30日以上 | | |
| | 損害賠償等の状況 | 施設加入の損害賠償保険の適用: 無 ※適用無しの場合はその理由を記載してください。 ■施設加入の損害賠償保険の規約等を確認したが、保険適用外の事故だったため。 <input type="checkbox"/> その他の理由 | | |
| 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) ご利用者様から電話代の訴えがあった際は、その都度使用金額を記載し、月末の確認の際にチェックし、清算が適切に行われているか確認する。 | | | |

(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。

(注)交通事故の場合は、事故の状況が分かるように現場状況図(任意の用紙)を、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

令和 3 年 2 月 11 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 | サービスの種別 | 施設入所支援 生活介護 |
| | 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 | | | |
| 対象者 | 氏名・年齢・性別 | 氏名: B様 | 年齢: | 性別: 女性 |
| | 受給者証番号 | ※市外支給決定者の場合、当該市町村へも報告してください。 | | |
| | 住所 | 熊本市北区明徳町707-1 | | |
| 事故の概要 | 発生日時 | 令和 3年 2月 11日 18:11 | | |
| | 発生場所 | 食堂 | | |
| | 事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの) | <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> ヤケド <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input checked="" type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 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 夕食時、他のご利用者様の薬(エピナスチン塩酸塩錠1錠)をB氏に飲ませている。飲ませた後、次の方の服薬を行おうとした際、誤薬に気付いている。服薬を実施した職員の服薬経験が浅く、マニュアル通りに実施することが出来ていなかった事が原因としてあげられる。 | | |
| 事故発生時の対応 | 対処の内容 | 医務に確認を行っている。アレルギー症状を抑える薬であるため、ご本人の薬は飲ませてよいとの事で飲んでもらい、様子観察を行っている。 | | |
| | 治療した医療機関 | なし | | |
| | 治療の内容 | なし | | |
| | 連絡済の関係機関 | 平川施設長、元田看護師、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)様子観察を行い、特変は見られていない。 | | |
| | 治療期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 全治30日以内 <input type="checkbox"/> 全治30日以上 | | |
| | 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 ※適用無しの場合はその理由を記載してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設加入の損害賠償保険の規約等を確認したが、保険適用外の事故だったため。 <input type="checkbox"/> その他の理由() | | |
| 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) ・服薬時のマニュアルの再度確認を行う。服薬確認時は発声と指差し確認を行い、再発防止を心掛ける。 | | | |

(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。

(注)交通事故の場合は、事故の状況が分かるように現場状況図(任意の用紙)を、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

令和 2 年 10 月 29 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 | サービスの種別 | 施設入所支援 生活介護 |
| | 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 | |
| | 記載者職氏名 | | | |
| 対象者 | 氏名・年齢・性別 | 氏名: A様 | 年齢: | 性別: 男 |
| | 受給者証番号 | ※市外支給決定者の場合、当該市町村へも報告してください。 | | |
| | 住所 | 熊本市北区明徳町707-1 | | |
| 事故の概要 | 発生日時 | 令和 2 年 10 月 29 日 | | |
| | 発生場所 | 娯楽室から正面玄関、オレンジハウスにかけて | | |
| | 事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの) | <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> ヤケド <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input checked="" type="checkbox"/> その他 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 | 11:05に娯楽室窓より建物外に出てそのまま正門まで走って行かれており、11:06に正門から施設外(3号線方面)へ走って出て行かれている。 | | |
| 事故発生時の対応 | 対処の内容 | 娯楽室窓から建物外に出た際に数下事務部長が気が付き、追いかけているがそのまま施設外に出て行かれたため車で追いかけている。オレンジハウス前にてH清掃員が発見しており車にてめいとくの里へ連れ帰ろうとしている所に数下事務部長が追い付いている。それまでに平川施設長、平川生活支援員、澤田生活支援員が車にて捜索に出ている。追いついた数下事務部長が車にてめいとくの里施設内まで連れ帰っている。 | | |
| | 治療した医療機関 | | | |
| | 治療の内容 | | | |
| | 連絡済の関係機関 | なし | | |
| 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) 外傷等無く施設内まで戻っている。 | | |
| | 治療期間 | <input type="checkbox"/> 全治30日以内 <input type="checkbox"/> 全治30日以上 | | |
| | 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 ※適用無しの場合はその理由を記載してください。 <input type="checkbox"/> 施設加入の損害賠償保険の規約等を確認したが、保険適用外の事故だったため。 <input type="checkbox"/> その他の理由() | | |
| 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) 本氏の帰省が前日キャンセルとなっており、情緒が不安定であった等の背景が見られている為、本氏の情緒の状況も加味し見守りの強化を図っていく。 | | | |

(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。

(注)交通事故の場合は、事故の状況が分かるように現場状況図(任意の用紙)を、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

令和 2 年 11 月 7 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 | サービスの種別 | 施設入所支援 生活介護 |
| | 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 |
| | 記載者職氏名 | FAX番号 | | |
| 対象者 | 氏名・年齢・性別 | 氏名: C様 | 年齢: | 性別: 男 |
| | 受給者証番号 | ※市外支給決定者の場合、当該市町村へも報告してください。 | | |
| | 住所 | 熊本市北区明徳町707-1 | | |
| 事故の概要 | 発生日時 | 令和 2 年 11 月 7 日 | | |
| | 発生場所 | ご自宅 | | |
| | 事故の種別 (複数の場合は、 最も症状の重いもの) | <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> ヤケド <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input checked="" type="checkbox"/> その他(帰省時の薬渡し間違い) 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 | 12時20分にご家族より電話があり、昼食後に服薬しようとしたところ本氏が「僕のじゃないよ。」と言われ、確認したところ他のご利用者の方の薬が入っていたとの報告が | | |
| 事故発生時の対応 | 対処の内容 | 12時50分にご家族が当施設まで薬を持ってきてくださり、本氏の物と交換後、謝罪を行っている。 | | |
| | 治療した医療機関 | | | |
| | 治療の内容 | | | |
| | 連絡済の関係機関 | 平川施設長 | | |
| 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) 帰省中の為、ご自宅で様子観察を依頼している。 | | |
| | 治療期間 | <input type="checkbox"/> 全治30日以内 <input type="checkbox"/> 全治30日以上 | | |
| | 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 ※適用無しの場合はその理由を記載してください。 <input type="checkbox"/> 施設加入の損害賠償保険の規約等を確認したが、保険適用外の事故だったため。 <input type="checkbox"/> その他の理由() | | |
| 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) 連絡帳を準備する段階で薬の入れ間違いが無いように、連絡帳記入の際には一人ずつ行う。また、ご家族と確認する際には一番に薬の確認を行う。 | | | |

(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。

(注)交通事故の場合は、事故の状況が分かるように現場状況図(任意の用紙)を、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

令和 2 年 5 月

9 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 | サービスの種別 | 施設入所支援 生活介護 |
| | 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 |
| | 記載者職氏名 | FAX番号 | | |
| 対象者 | 氏名・年齢・性別 | | 年齢: | 性別: 男性 |
| | 受給者証番号 | ※市外支給決定者の場合、当該市町村へも報告してください。 | | |
| | 住所 | 熊本市北区明徳町707-1 | | |
| 事故の概要 | 発生日時 | 令和 2 年 5 月 8日(金)午前10時16分 | | |
| | 発生場所 | チャレンジめいとくの里施設内 支援室前廊下前 | | |
| | 事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの) | <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> ヤケド <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input checked="" type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 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 10:16娯楽室内から支援室前廊下に行かれている際に、足がもつれて顔面から転倒されている。前後に他ご利用者とのトラブルや接触はなし。転倒の衝撃で顎を深く切って出血があり、止血処置を行う。 | | |
| 事故発生時の対応 | 対処の内容 | すぐに止血を行い、北部脳神経外科に通院している。 | | |
| | 治療した医療機関 | 北部脳神経外科 | | |
| | 治療の内容 | レントゲン実施、骨折等なし。裂傷部分をステープラーで4針縫合している。 | | |
| | 連絡済の関係機関 | 平川施設長、園田入所サービス管理責任者、元田看護師、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) 5/9翌日、北部脳神経外科通院。 消毒を行い、塗り薬実施、ガーゼなし。塗り薬は防水の性能があり、患部を擦らなければ、入浴は可能。本日まででは大事をとり入浴は行わず、明日から入浴を開始する。それまでは特に消毒等はしなくても良いとのこと。本日の通院内容をお父様に電話にて報告を行っている | | |
| | 治療期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 全治30日以内 <input type="checkbox"/> 全治30日以上 | | |
| | 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 ※適用無しの場合はその理由を記載してください。 ■施設加入の損害賠償保険の規約等を確認したが、保険適用外の事故だったため。 <input type="checkbox"/> その他の理由() | | |
| 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) ・発作や転倒の可能性のあるご利用者様へ、顎のガードもつけるように対応する。 | | | |

(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。

(注)交通事故の場合は、事故の状況が分かるように現場状況図(任意の用紙)を、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

令和 2 年 5 月

5 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 | サービスの種別 | 施設入所支援 生活介護 |
| | 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 |
| | 記載者職氏名 | FAX番号 | | |
| 対象者 | 氏名・年齢・性別 | 氏名: M.T | 年齢: | 性別: 男性 |
| | 受給者証番号 | ※市外支給決定者の場合、当該市町村へも報告してください。 | | |
| | 住所 | 熊本市北区明徳町707-1 | | |
| 事故の概要 | 発生日時 | 令和 2 年 5 月 2 日 | | |
| | 発生場所 | 食堂 | | |
| | 事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの) | <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> ヤケド <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 ■誤薬 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 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 12時にM.T氏が座っている椅子の下に、薬が1錠落ちていたのをご利用者様が発見している。落ちていた薬はB錠200mg(痙攣等の発作を抑えたり、気分を安定させる薬)であり、薬は溶けていない状態であった。モニターにて確認し、朝食後に夜勤明け者が、対応しており、モニターでは落ちた様子を確認するのは困難であった。同じテーブルで食事するご利用者様は、上記錠剤を飲まれておらず、M.T氏の薬と思われる。朝食後の服薬前に、他ご利用者様の見守りの必要があり、注意散漫になり落錠した可能性が高い。 | | |
| 事故発生時の対応 | 対処の内容 | 医務に連絡し、朝は3錠中2錠飲んでる可能性と、昼食後にも3錠飲む為、一度に飲む規定量を超えるので、薬の追薬は行わず、様子観察の指示を頂く。 | | |
| | 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 | 樺嶋理事長、平川施設長、石井副施設長、園田入所サービス管理責任者、元田看護師、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) その後、様子観察を行い、普段と違う様子は見られていない。 | | |
| | 治療期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 全治30日以内 <input type="checkbox"/> 全治30日以上 | | |
| | 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 ※適用無しの場合はその理由を記載してください。 ■施設加入の損害賠償保険の規約等を確認したが、保険適用外の事故だったため。 <input type="checkbox"/> その他の理由() | | |
| 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) ・服薬マニュアルの再確認を行い、細心の注意を払って服薬を行う。 ・他ご利用様の見守りが必要な場合、他支援者に応援を依頼し、与薬業務に集中する。 | | | |

(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。

(注)交通事故の場合は、事故の状況が分かるように現場状況図(任意の用紙)を、この報告書に添付してください。