

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 4年 11月 15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	ケア・ハピネス	サービスの種別	生活介護
	事業所番号	4310102530		
	所在地	熊本市北区梶尾町1379-3	電話番号	096-245-6611
			FAX番号	096-245-3399
対象者	記載者職氏名	[Redacted]		
	氏名・年齢・性別	年齢: 28 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。		
事故の概要	住所	[Redacted]		
	発生日時	令和 4年 11月 15日		
	発生場所	ケア・ハピネス		
	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"/> 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	昼食薬が本日11月15日(火)まで行う予定であったが、施設側の伝達ミスから朝の送迎時にご家族より昼食薬を預かり忘れていた。昼食薬がないことに昼食時に気づき、すぐにサービス管理責任者へ連絡を行い、ご家族へ謝罪の連絡を行っている。			
事故発生時の対応	対処の内容	11時55分にサービス管理責任者報告。その後ご家族へ電話連絡を行い謝罪を行っている。		
	治療した医療機関			
	治療の内容			
	連絡済の関係機関			
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)		
	治療期間			
	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。 □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) ・11月15日(火)薬終わりとして記載していたが、グループ受け入れ職員が15日は服薬はないと思い込んでいたため、今後は記載の際には『15日まで』と記載し、グループ職員へ申し送り、ご家族へ薬の連絡を行うようにする。 ・送迎ボードに『薬』と記載したマークが抜けていたため、薬の時期を確認しマークの記載を徹底する。			

(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 4年 6月 22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	ケア・ハピネス	サービスの種別	生活介護
	事業所番号	4310102530		
	所在地	熊本市北区梶尾町1379-3	電話番号	096-245-6611
			FAX番号	096-245-3399
対象者	記載者職氏名	[Redacted]		
	氏名・年齢・性別	年齢: 29 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	[Redacted]		
事故の概要	発生日時	令和4年6月22日(水)16時15分		
	発生場所	らふスペース		
	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"/> 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 ・14時50分に、A氏の薬内服をお知らせするアラームが鳴って、アラームを止めたが不在だった為、薬を内服して頂くことを忘れてしまった。 (原因) ・やりかけていたことをしてしまった。 ・A氏のWBの服薬チェックの箇所がずれてチェックをしてしまっていた。 ・服薬チェック表の最終チェックが漏れていた。		
事故発生時の対応	対処の内容	16時15分に、A氏の内服薬が残っているのを発見して、すぐにサビ管に報告。お母様に連絡して、説明と謝罪をしている。お母様は、A氏が自宅に帰って来られたら、すぐに薬の内服をして頂けるとのこと。		
	治療した医療機関			
	治療の内容			
	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)		
	治療期間			
	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)

- ・余裕がない時は、アラームが鳴っていても止めない。
- ・アラームの意味を知らない職員がいたので、アラームを止める際は、必ず何のアラームか確認するということを再周知する。
- ・アラームを止めた際に、不在の時は、所在を確認し、何かの対応中であれば、服薬の時間であることを対応してる職員に伝える
- ・WBに服薬チェックの項目があったが、ズレていて別のチェックと誤認してしまっていたので、WBに薬の項目を目立つように作り直し、分かり易いように表示する。
- ・アラームを止めた人は、「〇〇でアラーム鳴りました。私がやります」等声に出して、声を掛け合う。
- ・服薬者が服薬後、服薬責任者に報告し、服薬チェック表のサインができていないか声掛けする。

(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4年 4月 19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	ケア・ハピネス	サービスの種別	生活介護
	事業所番号	4310102530		
	所在地	熊本市北区梶尾町1379-3	電話番号	096-245-6611
	記載者職氏名		FAX番号	096-245-3399
対象者	氏名・年齢・性別	氏名: 不明	年齢:	性別:
	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			
事故の概要	発生日時	令和 4年 4月 19日		
	発生場所	来客用女性トイレ前		
	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 type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input checked="" 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 11時半ごろに廊下を通った職員が、トイレドア付近に薬(テグレート錠)が落ちていたのを発見し、報告している。 服薬情報を見るが、その薬を服用している対象者はいなかった。 薬はご利用者様が発見した場合に、誤飲する可能性も考えられる。			
事故発生時の対応	対処の内容	拾い、保管している。		
	治療した医療機関			
	治療の内容			
	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) なし		
	治療期間			
	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 ※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) 日頃の掃除や、通りかかったときに異常はないか気に掛けることが出来るように、職員に伝達していく。(4月の事業所会議時に改めて通達する)			

(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。