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 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	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	
対象者	記載者職氏名				
	氏名・年齢・性別	年齢:	56歳	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 4 年 6 月 24 日			
	発生場所	入所女性棟入口付近			
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	☒ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☐ 誤薬 ☐ 異食・誤嚥 ☐ 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	6/24(金)7:20分頃娯楽室で他ご利用者様が脱がれていたスリッパに躓き転倒されている。左肩、左頭部を強く打たれている。20:02女性棟入り口にて、躓いて左肩から転倒している。ご本人に痛みがあるか確認すると、「大丈夫」と言われている。6/25(土)の起床後に左肩の広範囲で内出血を起こしているのを確認している。なお、ご本人は日常的には歩行に問題なく安定されているので、特別な見守り、介護等は行っていない。			
事故発生時の対応	対処の内容	6/27(月)森田整形外科受診。左鎖骨、左肩関節レントゲン撮影。左鎖骨の遠位端骨折と診断を受ける。DRより、「手術を勧める方は、仕事盛りの人で腕を使う人ですが、日常生活に影響は出ない部位の為、保存的に経過を診ていくことにします。」とコメントあり。			
	治療した医療機関	森田整形外科			
	治療の内容	過剰に動かされないようにバンド固定を行う。1週間後に再診予定。骨粗鬆症はZスコア104%前回より5%ダウン、骨密度0.594にて年相応との事で異常なしとのこと。			
	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) バンド固定後は痛みの訴えはあるが、日常生活に支障はない様子であった。理事長・施設長・副施設長に報告。また、お母様の後見人に報告と謝罪を行っている。			
	治療期間	☒ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) ・当日はお母様の墓参りで情緒不安定な様子であり、転倒に繋がったと考える。情緒不安定時は本人の動向に注意する。 ・内履きがスリッパタイプであり、転倒のリスクがあった為、内履きを靴タイプに変更し転倒防止に努める。				

(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。

(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

7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	
			FAX番号	096-245-2344	
対象者	記載者職氏名				
	氏名・年齢・性別	年齢:	26歳	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 4年 7月 2日			
	発生場所	男性棟脱衣所付近			
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☒ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☐ 誤薬 ☐ 異食・誤嚥 ☐ 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 入浴後に男性棟脱衣所にて男性職員がタオルで頭と顔の拭き取りを行っていた際にタオル越しで左目に職員の人差し指があたり、目を傷めてしまった。			
事故発生時の対応	対処の内容	すぐに看護師の方で確認後、オロパタシン点眼液を点眼し対応している。その後ご家族が帰省の為、15:30にお迎えに来られた際にご家族に説明を行い、ご家族対応でくだか眼科の方に通院に行かれている。その後ご自宅で過ごされ、7/4月曜日に帰園された際に左目の確認を行い、様子観察を行っている。			
	治療した医療機関	くだか眼科			
	治療の内容	目の検査は本人の抵抗が著しく実施できなかった為、点眼液のみ処方されている。			
	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) 目を開ける事は出来ているが、赤くなっているため点眼液を点眼し、様子観察を行っている。			
	治療期間	☒ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) ・本人が突発的に動いてしまう可能性があるため本人の特性を職員間で情報共有をし、無理なく支援を行う。				

(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 4年

8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	096-245-2344
対象者	記載者職氏名			
	氏名・年齢・性別	年齢: 25歳 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 4年 8月 29日		
	発生場所	入所ご利用者様居室から、外へ出て無断外出。		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☐ 誤薬 ☐ 異食・誤嚥 ☒ 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	11:19 A氏が運動場を走っているところを藪下事務長が発見。モニターで11:20 入所ご利用者様の居室の窓から外に出て、裏門から出ることを確認。職員数名で捜索を行う。11:27 当法人グループホームオレンジハウスの300m先付近で職員が保護している。		
事故発生時の対応	対処の内容	施設内を石井施設長、藪下事務長が捜索。オレンジハウス付近を荒巻支援員が捜索。11:27 オレンジハウスから3号線方面300M先付近で職員が保護している。		
	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			
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) 帰園後、怪我がない事を確認している。		
	治療期間	☒ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) コロナクラスター中の検温時、職員が目を離れた隙に無断外出している。業務にあたる際は、A様の見守りの徹底を行う。			

(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4年

9月

6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			
対象者	氏名・年齢・性別			
	住所			
事故の概要	発生日時	令和4年9月5日		
	発生場所	B型作業棟		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	☐ 骨折 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 異食・誤嚥 ☐ ヤケド ☒ その他の外傷 ☐ 食中毒 ☐ その他(無断外出) ☐ 感染症・結核 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 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	13:30 竹割りの作業中、A氏より目にゴミが入ったと支援員に報告があり、トイレの洗面所で目を洗って促す。 13:50 A氏が戻ってきていなかったため、様子を見に行くと、ペーパータオルで目を拭いていた。目を確認すると充血していた。		
事故発生時の対応	対処の内容	13:55 目が赤く充血していたため、A氏と一緒に状況をリーダーに報告する。本人に聞き取りをすると目の痛み、違和感がある様子。 14:10 医務に指示を仰ぐと通院の指示があっている。家族に電話連絡をするが繋がらない。 14:30 施設長の指示で宮崎眼科にリーダーが通院同行している。診察時、拒否・抵抗があったため、体を抑えている。本人は初めての場所で怖かった様子。目薬を処方され、使用方法を本人と確認している。 17:30 家族より折り返しの電話があり、事故発生時の様子と通院状況(身体拘束をしたこと等)について説明を行っている。		
	治療した医療機関	宮崎眼科		
	治療の内容	目の傷の処置		
	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) 目の違和感、痛みがあったため通院し、その後、少し痛みが和らいだ様子。2日後再診予定。家族へ事故発生時の様子と通院状況について情報共有している。		
	損害賠償等の状況	施設加入の損害賠償保険の適用: ☐ 有 ☒ 無 ※適用無しの場合はその理由を記載してください。 治療費は施設が全額負担している。		
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) ・竹炭作業のマニュアルを準備し、事前に確認し、忠実に行う。 ・竹炭作業時には、ゴーグルの使用を行う。 ・スタッフの異変に気付いた時にはすぐに報告をし、職員間で情報共有していく。スタッフの状況を見て、ヘルプを行う。 ・B型支援員全員がそれぞれの作業でどんな危険があるのか知り、共有しておく必要がある。 ・作業前にはスタッフへ安全指導を必ず行う。			

(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

令和4年 7月 26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	ゆめくらし事業所	サービスの種別	共同生活援助
	事業所番号	4320101175		
	所在地	熊本市北区明徳町948-1	電話番号	096-223-5161
			FAX番号	096-245-5951
対象者	記載者職氏名			
	氏名・年齢・性別	年齢: 71 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948-1		
事故の概要	発生日時	令和4年7月26日 8:30		
	発生場所	居室		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☒ 誤薬 ☐ 異食・誤嚥 ☐ その他		
	事故の内容	起床時KT=36.3℃だったが、朝食時に誤ってカロナール錠300(1錠)とレバミピド錠100mg(1錠)を投与している。 原因: 新型コロナウイルス罹患疑いのため隔離中。普段使用しているチェック表は持ち込めないため、簡易的なメモ帳を使用しておりそちらには罫線を引いておらず他入居者様の検温記録と見誤った。		
事故発生時の対応	対処の内容	経過観察。異常なし。		
	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	合志市		
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) カロナール投与対象の入居者様には9:25に投与している。理事長、石井施設長、福山副施設長、元田看護師へ報告済。ご家族にもご報告と謝罪を行なっている。		
	治療期間	☒ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) ・罫線を引き、視覚的に他入居者様の記録と区別できるようにする。			

(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 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
			FAX番号	096-245-2344
対象者	記載者職氏名			
	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。		
	住所	熊本市北区明徳町707-1		
事故の概要	発生日時	令和 4年 5月 25日		
	発生場所	不明		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☐ 誤薬 ☐ 異食・誤嚥 ☒ その他（現金紛失）		
	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 5/25(水)ご本人の小口現金より持ち出したお金(2936円)でドラッグストアモリ 徳王店でご本人用の日用品(ナプキン、ニキビケアクリーム)を購入している。精算後、お釣(1169円)とレシートをジッパー付きの袋に入れている。後日お釣りを精算しようとしたところお金とレシートが入った袋が見当たらず、支援室内、購入店舗、自宅、車内などを捜したが見つからない。		
事故発生時の対応	対処の内容	入所部サビ管、事務部長に事故の内容を報告し紛失したレシートは支払い証明で処理し、お釣(1169円)は法人より補填している。		
	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	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) 6/3(金)帰省のお迎えに来られた際に直接ご家族に事故の内容を報告し謝罪している。		
	治療期間	☒ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) ・日用品の購入を職員の休日に行っていた為、金銭の持ち出しは勤務日、勤務時間内で行うように徹底し、持ち出し金は当日に精算する。			

(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 8 月 12 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	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
対象者	記載者職氏名			
	氏名・年齢・性別	年齢: 33 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			
事故の概要	発生日時	令和 4 年 8 月 12 日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里 通所部		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☐ 誤薬 ☒ 異食・誤嚥 ☐ 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 昼食時の内服を行う際にシートから錠剤を1錠取り出し、内服介助を行った後にテーブルに置いていたシートの殻を紛失してしまう。食事介助をしていたA支援員より口に運ばれたかもしれないと報告があり、口腔内を確認するも口腔内には無い状況であった。殻のシートを飲み込まれた可能性が高いと見受けられる。		
事故発生時の対応	対処の内容	ご家族、石井施設長、福山副施設長、酒井サビ管へ報告する。シートの殻を異食したか不明の為、口腔内を確認する。別室にて衣類へのはさみこみが無いかを確認する。状態観察(腹痛の有無)を行う。		
	治療した医療機関	なし		
	治療の内容	帰宅後ご家族により、緊急外来でCT検査を行われている。食道・胃には異物が残ってなかった。医師からは「飲み込んでいない可能性が高いです」と言われている。		
	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) 内服後は、食事を摂られており、腹痛などの症状は見られていない。経過観察を行う。		
	治療期間	☐ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) 内服介助時は、内服の錠剤を取り出した後、本人テーブルにシートの殻を置かないようにする。シートの内服が白紙に貼りつけてあるが、シートを白紙から外さずに錠剤を取り出し、内服介助する。内服介助する際は、食事介助する支援員にも確認して頂く。		

(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 4 年 11 月 13 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
対象者	記載者職氏名			
	氏名・年齢・性別	年齢: 48 性別: 女		
	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 4 年 11 月 10 日		
	発生場所	相談室		
	事故の種別 (複数の場合は、 最も症状の重いもの)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☒ 誤薬 ☐ 異食・誤嚥 ☐ 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 11/10A氏が3日排便が出ておらず、医務からは眠前薬の時間(19:30)までに排便が無かった場合、眠前薬BOXにセットしているプルセニド(普段服用している眠前薬)を抜き取りマグラックス2錠を服用するよう指示があっていたが、服薬担当者がプルセニドと一緒にBOXに入っていた精神薬(プロチゾラムとロフラゼブ酸エチル錠)も抜き取ってしまい、マグラックスのみを服薬させ、精神薬を飲ませ忘れている。		
事故発生時の対応	対処の内容	眠前薬の時間の後、服薬担当者がA氏の排便が無かった為、マグラックスに変更したメモとBOXから抜き取ったプルセニドと精神薬を医務室に置いていたことから、翌日にメモと置いていた薬を確認した看護師が、前日の服薬担当者がA氏に精神薬を飲ませてない事に気付き、入所サービス管理責任者に報告を行っている。当日の夜は特に変わった様子はなく、就寝されている。		
	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	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) 11/10の夜は消灯後すぐに就寝され、7時間就寝されている。ご家族に報告と謝罪を行っている。		
	治療期間	☒ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) ・薬の確認の際は医務としっかり確認を行い、排便が無い時に服用する薬を事前に分けておく。 ・薬の名前が分からない時は薬が入っている袋に名前を書くようにして飲ませ忘れ、間違いがないようにする。			

(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 5年 3日 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	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	069-245-2344
対象者	記載者職氏名			
	氏名・年齢・性別	年齢: 38 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 5年 3月 21日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里、娯楽室(女性棟入口付近)		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☐ 誤薬 ☐ 異食・誤嚥 ☒ 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 15:18、娯楽室の女性棟入口付近で発作があり転倒している。その際に、右眉から出血と右頬が腫れている。		
事故発生時の対応	対処の内容	右眉は直ぐに止血を行い、消毒とガーゼ処置を行う。右頬は腫れがあり骨折の疑いもあった為、松元整形外科に受診。施設長に報告。		
	治療した医療機関	松元整形外科		
	治療の内容	レントゲンを行うが、明らかな骨折はなく骨は左右対称で問題ないとDRから報告を受ける。腫れが引かないようであれば、再度受診するように指示があっている。		
	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) 通院後は夕食を食べ、右頬の腫れも引いてきている。通院後の状況を施設長・ご家族に状況説明を行っている。		
	治療期間	☒ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) 今回は普段通り歩いている時の発作であった為、本人の動向に注意が必要である。			

(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 9月 16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	4320101175		
	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	[Redacted]		
対象者	氏名・年齢・性別	氏名: [Redacted]	年齢: 35	性別: 男
	受給者証番号	[Redacted]		
	住所	[Redacted]		
事故の概要	発生日時	令和 4年 9月 15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)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☒ 誤薬 ☐ 異食・誤嚥 ☐ 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 18:12頃、夕食後の薬を服薬中にA氏の薬がない事に気付き、服薬状況を録画しているスマートフォンの録画映像を見返した所、誤ってA氏にB氏の薬を服薬している事が判明。		
事故発生時の対応	対処の内容	18:30に録画確認後、施設長と看護師に連絡を行う。血圧測定を行うが本人の拒否が強く、測定ができなかった。パルスオキシメーターによって脈拍測定を行い、87であった。誤薬した薬はアレルギー薬だった為、様子観察を行っている。また、医務の指示に従い9/16の夕薬をA氏に服薬している。18:41にA氏のご家族に連絡を行い、報告と謝罪、副施設長、入所サービス管理責任者への報告を行っている。		
	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	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) 誤薬発生後から翌日の起床まで特変は見られていない。バイタル正常。		
	治療期間	☒ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) ・夕食時服薬の際に、通常のチェックに加えて服薬前後の再チェック(薬を取り出した時に呼称する。本人の前で再度薬包の名前を確認、呼称する。服薬後も薬包と服薬者が一致している事を確認する。チェック表に名前を記入の際に薬包と一致している事を確認する。)を行う。 ・服薬マニュアルの再確認を行う。			

(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 4年

10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	短期入所
	事業所番号	4320101175		
	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
対象者	記載者職氏名	[Redacted]		
	氏名・年齢・性別	年齢: 23 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 10月 4日		
	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)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☒ 誤薬(飲ませ忘れ) ☐ 異食・誤嚥 ☐ 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	22:15に受給者証が入っている袋から、本日の夕食後薬がセットされていない状態で見つかっている。		
事故発生時の対応	対処の内容	22:17に施設長に電話で報告、施設長より看護師へ連絡し夕食後薬を飲ませるように指示があり、22:20に服薬を行っている。		
	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	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) 22:20から就寝まで、夜間帯、起床後まで特変は見られていない。バイタル正常。		
	治療期間	☒ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) ・ショートステイ受け入れを行った職員が薬のセット含む準備が出来ていなかった事が原因だと考えられる。各事業所会議でマニュアルの再周知、確認を行っている。			

(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。

(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 5年

3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	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
対象者	記載者職氏名			
	氏名・年齢・性別	年齢: 33歳 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 5年 3月 15日		
	発生場所	理事室		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☒ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☐ 誤薬 ☐ 異食・誤嚥 ☐ 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	11:20 会議室にて散髪を行っている時に理容師の方がエプロンを外し、襟足部分の仕上げを行う際に理容師の方の左手を噛んでいる。		
事故発生時の対応	対処の内容	理事長・施設長・入所サービス管理責任者・看護師に報告を行い、理容師の方には謝罪と消毒の処置を行っている。		
	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			
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) A氏のご家族へ電話連絡を入れる。見守り不足で理容師の方の手を噛まれた事をお伝えし謝罪すると「こちらこそ申し訳ありません。理容師の方にも申し訳ありませんでしたとお伝え下さい。」と話されていた。		
	治療期間	☒ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) 散髪でエプロンを外したのにまだ散髪(仕上げ)がある事で終わりが見えなかった事が原因に上げられている為、今後は他害行為がある方には支援員が付き添いながら終わりを提示したり、理容師の方にもエプロンを外したらもう触らないなどの特性を伝えながら対応を行う。			

(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 4年

10月

24 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	生活介護
	事業所番号	4320101175		
	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
対象者	記載者職氏名	[Redacted]		
	氏名・年齢・性別	年齢: 72 性別: 女		
	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 10月 24日		
	発生場所	支援室		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☒ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☐ 誤薬 ☐ 異食・誤嚥 ☐ 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 午前9時52分に、サポートホールにあるホワイトボードの裏側(掲示物等)を確認しようとした時に、ホワイトボードの横に敷いてあったマットを踏んでバランスを崩して転倒。		
事故発生時の対応	対処の内容	直ぐに看護師が患部を確認。腫れと擦り傷があったため通院。		
	治療した医療機関	森田整形外科医院		
	治療の内容	レントゲン撮影。骨に異状が無く左足の打撲との診断。抗生物質の投薬あり。(3日間)		
	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) 痛みはあるが、歩行に異常なし。		
	治療期間	☒ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) ・サポートホールのホワイトボード横のマットを撤去。 ・ご本人に、段差には十分に注意するようにお伝えする。		

(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 11 月 16 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	ゆめくらし事業所	サービスの種別	共同生活援助
	事業所番号	4320101175		
	所在地	熊本市北区明徳町948-1 オレンジハウス	電話番号	096-223-5161
			FAX番号	096-245-5951
対象者	記載者職氏名			
	氏名・年齢・性別	年齢: 46 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			
事故の概要	発生日時	令和 4年 11 月 15 日		
	発生場所	オレンジハウス		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☒ 誤薬 ☐ 異食・誤嚥 ☐ 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 11/15夕食後に他の入居者の薬を与薬させている。		
事故発生時の対応	対処の内容	事故発覚後、施設長、看護師、主治医に報告。主治医から、てんかんの薬の量がまだ足りないのでカルバマゼピン以外の薬を与薬させるよう指示があり、バルプロ酸ナトリム SR 5錠とフェノバルル錠 2錠与薬している。その後はバイタルチェックを行い、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	ピネル記念病院		
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) 服薬後にバイタルチェックを行い、様子観察を行っている。ご家族に報告と謝罪を行っている。		
	治療期間	☒ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) ・与薬マニュアルに従い 発声確認 ①配薬箱から薬を取り出す時(薬包氏名・朝昼夜眠前分確認)②開封時(薬包氏名・朝昼夜眠前分確認)③与薬直前(薬包氏名・本人に顔を確認し氏名の声掛け確認) ・支援員2人対応時は、服薬の際にダブルチェックを行う。			

(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 5年 1月 24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
対象者	記載者職氏名	[Redacted]		
	氏名・年齢・性別	年齢: 25歳 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 4年 12月12日		
	発生場所	入所ご利用者様居室から、外へ出て無断外出。		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☐ 誤薬 ☐ 異食・誤嚥 ☒ 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 午前5:25、デイルームの防犯センサーが反応して居室を確認するが本人が不在であった為、室内と屋外を捜索している。		
事故発生時の対応	対処の内容	3号線方面とホリデー車検方面を捜索し、ホリデー車検方面の坂を下った橋付近(事業所から400m)に本人が立っていた為、施設に帰園している。直ぐに再入眠している。		
	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			
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) 帰園後、怪我がない事を確認している。		
	治療期間	☒ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) 防犯モニターは女性棟が映っており、センサーで本人の動向に気付いた。本人の所在把握を行っていく。			

(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 5

1月

24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
対象者	記載者職氏名			
	氏名・年齢・性別	年齢: 69歳 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 4年 12月3日		
	発生場所	栃原氏居室		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☒ 誤薬 ☐ 異食・誤嚥 ☐ 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 13:40 A氏の居室にあるぬいぐるみにご本人の眠前薬が落錠していたのを職員が発見している。いつのものは不明だが、薬の状態からとろみをつけずに飲ませた可能性がある。(嚥下困難な為、日常的にとろみを使用している。)		
事故発生時の対応	対処の内容	理事長・施設長・入所サービス管理責任者・看護師に報告を行い、経過観察を行っている。		
	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			
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) 特に健康に影響は見られていない。 A氏のお姉様に発見10分後にお電話している。「健康に影響がないなら構いませんよ。わざわざご報告ありがとうございます。」とお言葉をいただいている。		
	治療期間	☒ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) 確実にとろみ剤を使用し、嚥下の確認を徹底していく。			

(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 4 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	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	096-245-2344
対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	年齢: 51歳	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 4年 4月 27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)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☒ 誤薬 ☐ 異食・誤嚥 ☐ 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 朝食薬内服後にご本人の座っている椅子の足元に、内服1錠落錠していることに看護師が気付いている。		
事故発生時の対応	対処の内容	ご本人の内服であるか照合している。いつの落錠であるか不明の為、石井施設長へ報告し、内服はせず状態観察を行う指示があっている。ご本人のご家族へ連絡、謝罪を行っている。		
	治療した医療機関	なし		
	治療の内容	状態観察を行う。		
	連絡済の関係機関	なし		
事故後の対応	利用者の状況	朝食後は、状態変化なし。		
	治療期間	☐ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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事) 内服介助する際は、必ず口内へ内服を入れる際と、嚥下する際に、確認する。最後に薬袋内の内服出来ているかも確認する。			

(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 4年 4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	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 096-245-2344		
対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	年齢:54	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 4年 4月 28日		
	発生場所	男性棟浴室		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☒ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☐ 誤薬 ☐ 異食・誤嚥 ☐ 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 14:20に男性棟浴室内で洗体の仕上げの為椅子に座って待たれていたが、待つ事が出来ず立ち上がった際にバランスを崩され、後ろから転倒されている。後頭部を壁にぶつけられ、3cm程の裂傷が見られている。		
事故発生時の対応	対処の内容	14:23に看護師が止血、ガーゼ保護を行い北部神経外科・神経内科を受診している。		
	治療した医療機関	北部神経外科・神経内科		
	治療の内容	頭部X-P、頭部CT検査を行っている。ステープラー3針の処置をされている。		
	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) ステープラー後は痛みの訴えや出血等はあっていない。入所サービス管理責任者に報告を行っている。その後、施設長・副施設長に報告を行う。		
	治療期間	☒ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) ・事故発生時に座っていた椅子が小さいサイズであった為、今後はバランスがとりやすいように大きいサイズの椅子に座って頂く。 ・障害特性を考慮し、ご本人が待つ時間が少なくなるように優先して洗体の補助を行う。			

(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 4

5 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	ゆめくらし事業所	サービスの種別	共同生活援助
	事業所番号	4320101175		
	所在地	電話番号 FAX番号		
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	年齢: 46	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			
事故の概要	発生日時	令和 4年 5月7日 18:30頃		
	発生場所	オレンジハウス 支援室		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	☐ 骨折 ☐ ヤケド ☐ 感染症・結核 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反・不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☒ 誤薬 ☐ 異食・誤嚥 ☐ 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	18:20に夕食後薬を服用して18:30に翌日の薬のセットを男性職員が行った際にA氏の本日の昼食薬が残ったままであった。			
事故発生時の対応	対処の内容	【事故に至った経緯】 服薬担当者が昼食後薬(4/13から処方されている皮膚科薬)がなかったと思い込み、昼食後薬のボックスの確認をしていなかった。日課チェック表も視覚的に確認しづらい状況であった。 【事故後の対応】 18:35に副施設長、施設長、看護師に報告。今後の対応の指示を仰いでいる。18:40にご家族に報告と謝罪の連絡を行っている。18:40に理事長に報告の連絡を行っている。		
	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	チャレンジめいとくの里		
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) 7日の夕食後より様子の変化は見られていない。		
	治療期間	☐ 全治30日以内 ☐ 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: ☐ 有 ☒ 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) ・視覚的に分かるように日課チェック表に薬が有る場合は蛍光ペンで塗りつぶしを行い、分かりやすいようにする。			

(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。