

## 指定障害福祉サービス事業所等の事故等報告書

報告年月日: 令和3年9月9日

## 1 事業所の概要

法人名	社会福祉法人〇〇会	法人代表者名	鹿児島 太郎
事業所名	障害者支援施設〇〇	管理者名	鹿児島 花子
事業所住所	霧島市隼人町松永3320-16	サービス種別	生活介護, 施設入所支援, 短期入所
電話番号	099-286-2749	記録者職氏名	サービス管理責任者 鹿児島 一郎
FAX番号	099-286-5558		

※サービス種別は、事業所において行っている全てのサービス種別を記載すること。

## 2 利用者の状況

氏名	鹿児島 二郎	年齢	60	性別	男	受給者番号	46-----		
支給決定市町村	始良市	住所	始良市加治木町諏訪町12						
障害種別	(該当するものに○を付けてください。) 身体 <input checked="" type="radio"/> 知的 <input type="radio"/> 精神 <input type="radio"/> その他 ( )					手帳等級	A1	障害支援区分	6
支給決定サービス	生活介護, 施設入所支援								

## 3 事故等の概要

日時	令和3年9月9日(木) 6時00分	
場所	利用者居室	
事故等の種別	<input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 事業所の事故(火災等) <input type="checkbox"/> その他( )	
事故等の内容	(事故発生時の状況、事故の程度を簡潔に記載する。) ・起床時、ベッド上にておむつ交換実施。 ・シーツ交換のため、ベッド上で座位になっていただき、車椅子に移乗してもらう。 ・車椅子が遠かったため、担当者が近くに寄せようとその場を離れたところ、右半身を下にしてベッドから転倒。 ・ベッド横に立ってかけてあったベッド柵に左側頭部付近を打たれる。 ・受傷状況: 左側頭部に発赤、血腫を確認。	
事故等発生時の対応	対処方法	(事業所での処置、病院等への搬送、関係機関の指示、被害の拡大防止策等を記載する。) 6:05 バイタル測定実施。 6:10 ケーリング実施。意識レベルクリア。四肢麻痺症状なし。 8:00 〇〇病院受診
	医療機関名	〇〇病院
	治療の概要	ベッドからの転落、左側頭部の血腫について報告し、脳外科を受診。 頭部CTを実施。頭蓋内出血や頭蓋骨骨折はなし。
	家族への連絡・説明状況	・母に事故の内容と病院受診の結果を電話で報告。 ・大事に至らなかったことに安堵され「ありがとございました。よろしく申し上げます。」と母の言葉。
その後の経過	病院から戻ってきた頃には、側頭部の痛みもない様子であり、落ち着いた様子であった。	
※損害賠償等の状況	御家族からの損害賠償等の訴えなし。	
※再発防止のための取組	事故等が発生した要因分析	・車椅子に移乗できる体制が整う前に、座位状態にさせてしまった。 ・ベッドから離れる際に、柵をしなかった。 ・その柵をベッド横に立ってかけている状態であった。 ・処理後に他利用者の朝食対応、短期入所利用者の送迎等があり担当者に焦りがあった。
	再発防止に向けた対応策等	・再発防止のための担当者会議を開催し、入所者ごとの日常動作等の再確認を行うとともに、居室の周辺設備や備品等に危険箇所がないか点検を行った。 ・利用者居室にて事故の検証を行い、おむつ交換の手順の再確認を行った。 ・朝食対応については、日勤者が来てからの対応も可能なので、全体としてフォローできるような体制づくりを行い、一人ひとりの職員の心にゆとりができるよう支援をしていく。

## 【記載する上での留意点等】

\* ※損害賠償等の状況と※再発防止のための取組欄は、検討中の場合はその旨を記載し、後日改めて報告してください。

\* 事案により、本様式を補正又は事業所で定めた様式等任意の様式(必要事項が含まれていること。)で報告しても差し支えありません。