

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 4 月 8 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	氏名:	年齢: 63	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			
事故の概要	発生日時	令和 5 年 4 月 8 日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里 北棟作業室		
	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 checked="" 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 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 12:44北棟作業室からロッカーに行こうとしようとした際に、音楽を聴いていた他ご利用者がA様に気付かずにぶつかっている。後ろに転倒し、近くにあったパイプ椅子に後頭部が当たっている。		
事故発生時の対応	対処の内容	副施設長に報告。看護師に報告し、打撲した箇所の確認を行っている。後頭部は腫れており、患部を保冷材で冷やしている。森田整形外科に受診。		
	治療した医療機関	森田整形外科		
	治療の内容	レントゲンを行うが、骨折はなく特に問題ないと医師から報告を受ける。		
	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、通常の生活を送られている。通院後の状況を副施設長・ご家族に状況説明を行っている。		
	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。 <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) 本人のバックに歯磨きセットを入れる際、机が必要な為作業室に入られていた。今後はロッカーをサポートホールに移動させ、本人の安全確保に努めていく。			

(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年 4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	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	氏名:	年齢: 48	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			
	発生日時	令和 5年 4 月 16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 <input checked="" type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input 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	4/16夕食前にA様と他のご利用者様の薬を薬BOXから取り出し2名分の薬をティッシュ入れの箱に入れて、(A様と他のご利用者様の薬を)まとめてA様に服薬している。			
事故発生時の対応	対処の内容	事故発覚後、施設長、日赤病院に報告。日赤病院から、水分を多めに飲ませて下さいと指示を受け、定期的に水分補給と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。後見人に報告と謝罪を行っている。		
	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。 <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) ・他のご利用者様の薬と一緒に食堂の机上に保管しないこと。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)を行う。・一名分のみ薬を介助者に渡す。介助者は複数者の薬を所持しない。			

(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 4月 8 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	氏名:	年齢:	44 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 4 月 8 E		
	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		
	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	4/8昼食後に他のご利用者様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、主治医に報告。主治医から、誤薬したZとAは同成分の為、A薬を1錠減らして与薬させるよう指示があり。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	<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) ・思い込みを無くし、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)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 月

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	氏名:	年齢: 36	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 5 月 31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 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input checked="" type="checkbox"/> その他 落錠		
	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 5/31朝食後片付けをしている際に本氏が座っていた席の下に半分溶けた状態の白い錠剤が一錠落ちているのを発見している。		
事故発生時の対応	対処の内容	落錠発見後、サビ管、看護師へ報告と確認を行い、その日の服薬職員にも確認を行っている。薬が溶けている状態で誰のものでいつのものかも確認が難しい状態であったため、追薬等はおこなわず、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			
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) 本氏と落錠周辺で食事を摂っている方のバイタルチェック、様子観察を行っている。		
	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。 <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) ・口に入れて与薬した後も嚥下がうまくできない方や吐き出してしまう方に対しての嚥下までの確認の徹底等、与薬マニュアルの再周知を行い再発防止に努めていく。			

(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 FAX番号 096-245-2344
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	年齢:	49 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 5年 6月 4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 <input checked="" type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input type="checkbox"/> その他 落錠		
	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 6/4の朝食時に、咳止めの水薬を与薬し忘れている。昼食時に判明し、昼食時は与薬できている。		
事故発生時の対応	対処の内容	事態を把握した後、施設長、サビ管へ報告を行っている。本氏の体調に変化は見られていないが、以後の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			
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) 本氏の咳症状に関しての様子観察を行っている。		
	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。 <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) ・与薬時にチェック用として使用する「日課チェック表」には与薬時の朝・昼・夜の欄に赤字で「水薬」と記載されていたが、与薬担当者が見落としていた。本来、服薬がある方の欄には、蛍光ペンでマークしているので、同様にマークを行っていく。			

(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
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	年齢:	48 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 5年 6 月 7日		
	発生場所	地域交流スペース		
	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"/> 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	午前ウォーキング中(10:52)地域交流スペースにて他のご利用者様から押された拍子にご本人がいてドミノ倒しの様になり、左股関節と右下肢に他のご利用者様の身体全体重が乗った状態で転倒されている。その際、後頭部と背中付近を強打している。左足を引きずる様子があった為、医務にて診て頂いている。		
事故発生時の対応	対処の内容	事故発覚後、施設長、理事長に報告。医務に診て頂き、森田整形外科に受診している。森田整形外科から紹介状を貰い、機能病院に受診している。機能病院にてレントゲン・CT検査施行し骨折は認められないと医師から診断されている。		
	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	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) 森田整形外科、機能病院受診後、左大腿の内転筋の痛む様子がある為、痛みの観察を行っている。		
	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 checked="" 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(活動中による怪我であった為。)		
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) ・ウォーキング中は他のご利用者様との接触による転倒や外傷がないように見守り等を徹底する。			

(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 5年 6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	日中一時支援
	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	氏名:	年齢: 25	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 5年 6月 9日		
	発生場所	サポートホール		
	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 日中一時利用の予定(20時まで)であったが、受け入れの際に夕食後薬が連絡帳に入っているのを見落とし、そのまま服用されずに帰宅されている。10日にお母様が連絡帳を見られた際に、飲み忘れていた薬を発見している。		
事故発生時の対応	対処の内容	12日夕方にお母様より報告があり発覚している。		
	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)特に変わった様子はなく過ごされていたとの事。		
	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) ・日中一時のファイルを作成し忘れていたため、ファイルを準備すること。ファイルが準備できているか2重チェックを行う。 ・利用チェック表に薬有りが更新されていなかった為、更新を行う。 ・受け入れの際の薬の取り扱いについて再度周知を行う。 ・ご家族と持参されたときの薬の保管個所について共通理解している。			

(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

7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	ゆめくらし事業所 オレンジハウス	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	氏名:	年齢:	65 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			
事故の概要	発生日時	令和 5年 7月 1日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里 支援室		
	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	当該利用者の6月度現金出納帳の計算を行った際、現金残高が帳簿上の金額より690円多い誤差が生じた。職員が当該利用者の買い物職員の自費でおこない、その後当該利用者の現金から精算したことにより金額の誤差が生じた可能性があるが、原因を特定できない状況となっている。		
事故発生時の対応	対処の内容	サービス管理責任者、マネージャーにより再度現金出納帳の計算とレシートの確認、および現金残高の確認をおこなっている。その結果、誤差690円の原因が不明であると判断し、使途不明金として処理している。		
	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)		
	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 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) ・出金および入金の際、必ずダブルチェックを行い、現金の増減を把握する。 ・今後、職員の自費出費による事後精算をおこなわない。 ・未精算のレシート等は出来るだけ早く処理する。			

(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 7 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	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:	年齢:	37 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 7 月 22 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 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input checked="" type="checkbox"/> その他 落錠		
	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 7/22の朝食時に、食堂内に薬(A)1錠が落錠している。他にもこの薬を服用している方もいらっしゃるため、追薬せずに様子観察を行う。		
事故発生時の対応	対処の内容	事態を把握した後、施設長、サビ管へ報告を行っている。本氏の体調に変化は見られていないが、以後の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			
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) 落錠があった事と本人の物かのをしれない事を伝え謝罪を行っている。また、様子観察を行う事をお伝えしている。		
	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。 <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) 服薬の際に本人の口の中をしっかり入ったことを確認する事を再度徹底ながら対応を行う。			

(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 5年 7月 8 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	氏名:	年齢:	36 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 7 月 8日		
	発生場所	食堂入り口		
	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 他ご利用者様の体調不良により接触型にて全員検温を行う。その為19:30のおやつが10分程遅くなり、食堂入口に人だかりになっていた。入口が開いた際に転倒し、右臉上を切傷する。直ぐに圧迫止血を行い、ガーゼ処置を行う。		
事故発生時の対応	対処の内容	事故発覚後、施設長、入所サビ管に報告。北部脳神経外科に受診する。その際にCT実施。		
	治療した医療機関	北部脳神経外科		
	治療の内容	切傷の患部を3針縫合している。		
	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) 7月に抜糸予定。受診後にご家族に報告、謝罪を行っている。		
	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。 <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 checked="" type="checkbox"/> その他の理由(自身での転倒による怪我であった為。)		
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) カレンダーを持っていて受け身が取れない事も原因だった為、おやつの際にはカレンダーを居室に置くように声かけを行いながら対応する。また、歩行不安定な為、日ごろからも注意して見守る。			

(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）

錦町障がい保健福祉課提出用

令和 5 年 9 月 2 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	氏名:	年齢: 32	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 5 年 9 月 2 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)	<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 本日の午前8時半に、排便を確認しているが、排泄のホワイトボードの確認を行わず午前10時10分に坐薬挿肛している。排便の確認を行った職員が排泄のホワイトボードを記入したが、排便があった内容を日直へ申し送りを出来ていなかった。入所サビ管と施設長に報告し、ご家族に謝罪を行っている。		
事故発生時の対応	対処の内容			
	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	坐薬挿肛後は様子観察を行い、11:20普通便の多量の排便があり下痢症状はあっていない。		
	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。 ■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) ①必ず排泄のホワイトボードの確認を行ってから、坐薬挿肛を行う。 ②下剤調整がある方は、当日日直から現場の職員へ申し送りをし、下剤調整前に排便があった場合は日直へ報告するように行う。			

(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。

(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 9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	069-245-2344
対象者	記載者職氏名			
	氏名・年齢・性別	氏名:	年齢: 39	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 9月 29日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里、支援室		
	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		
	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 17:10、支援室で夕薬服薬後に支援室の洗面台付近で発作があり転倒している。その際に、連絡帳棚の角に頭頂部をぶつけて5cm程裂傷している。		
事故発生時の対応	対処の内容	頭頂部裂傷箇所を直ぐに止血を行い、消毒とガーゼ処置を行う。その後、北部脳神経外科に受診。		
	治療した医療機関	北部脳神経外科		
	治療の内容	CT異常なし、頭頂部を4針縫っている。抗生剤3日分処方される。状態確認の為、翌日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) 通院後は抗生剤服薬後に夕食を食べている。通院後の状況を副施設長・ご家族に状況説明を行っている。その後、特変なく過ごしている。		
	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) 支援室内で物がある状態での発作で今回の怪我に繋がっている。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 5年 10月 23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	氏名:	年齢: 55	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 10月 21日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里、男性トイレ内		
	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		
	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 23:46トイレに向かわれた後、トイレ内で転倒し右眉上5cm程裂傷している。23:50洗面所に血だらけで居た所を支援員が発見している。トイレ内を確認すると便座の右側に血痕が付いており、床と洗面所にも血痕有り。		
事故発生時の対応	対処の内容	支援室内で止血等の応急処置を行い、直ぐに施設長に連絡し指示を仰いでいる。北部脳神経外科の緊急外来に連絡し、状況を説明し受け入れ可能ということで通院を行う。		
	治療した医療機関	北部脳神経外科		
	治療の内容	CT異常なし。7針縫われている。抗生剤(セフジニル)朝・昼・夕×1錠が3日分出ている。月曜日から入浴してもいいとのことと月曜日に消毒や様子観察のため通院して欲しいとのこと。抜糸は1週間後の予定。土曜日の午前に対応可能との事。		
	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) 通院後は就寝。その後、特変なく過ごしている。		
	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) 22時にトイレ誘導は行っているが、その後自らトイレに行かれて事故に繋がっている。夜間帯の動向に注意が必要であるが、今後は保護帽を使用するなど怪我や事故に留意する。			

(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 11 月 23 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	[Redacted]		
対象者	氏名・年齢・性別	氏名: [Redacted]	年齢: 37	性別: 男性
	受給者証番号	[Redacted]	※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 11 月 20 日		
	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)	<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		
	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 8:56 ご本人より帰省に用いる「くまモンICカード」が連絡帳に入っていない旨の訴えあり、保管場所である現金BOXを確認するも入っておらず、紛失が発覚した。		
事故発生時の対応	対処の内容	ご本人の居室等を捜索するも発見に至っていない。「くまモンICカード」が無いとご本人の帰省が実施出来ない為、理事長がご自宅へ送迎している。その際にご家族への状況説明と謝罪を行っていただいている。		
	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) ICカードの紛失を気にされており、再発行を行うことをお伝えして、安心されていた。		
	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 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) 紛失原因は不明だが、ICカードが入っていたカードケースが破れており、そこからカードが落ちて紛失に繋がった可能性がある。ICカードの再発行を行い、カードケースの購入と、帰園時に返却確認を行う。また、本人と外出時の管理方法を見直していく。			

(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 5 年 11 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	アクアテラス	サービスの種別	グループホーム
	事業所番号	4320101175		
	所在地	熊本市北区明徳町951-1	電話番号	096-245-5522
			FAX番号	096-245-5520
対象者	記載者職氏名			
	氏名・年齢・性別	氏名:	年齢:	32 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 5 年 11 月 21 日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里 サポートホール		
	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 死亡に至った場合はその死亡年月日:令和 年 月 日		
事故の内容	昼食後薬(カルボシステイン錠500mg:痰を出しやすくする薬)の服薬忘れ。めいとくの里通所時に、昼食後薬を引き継ぐ時にA氏の薬を渡していなかった。アクアテラス専用服薬入袋に3名分(定期薬1名 臨時薬2名:A氏含む)まとめて入れてあり、2名分を通所部に引き継ぎA氏の薬を袋から取り忘れていた。			
事故発生時の対応	対応の内容	事故発覚後、理事長、副施設長、医務に報告。夕食後から追薬はせず様子観察。		
	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)ご家族に報告と現在のご様子をお伝えし謝罪をしている。		
	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。 <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) 今回は、臨時薬が2名分(本人含む)あり通常と異なったこともあるが、アクアテラス専用服薬入袋の中を全て確認できていなかったことが原因として挙げられる。 今後は、薬入れ袋に中を空にして戻すことを明記すると共に全体的に周知する。			

(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

12月 18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:35	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 12月 17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)	<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 20:30排泄のホワイトボードの書き換えの際、本日-3日目で坐薬挿肛であったが、坐薬挿肛を行っていないことに日直が気付いている。12/14-3日目に坐薬挿肛と変更の周知されていたが、排泄のホワイトボードと医務からの申し送りの排泄チェック表にも「トイレ誘導・水分補給実施」と記載しており、坐薬挿肛を行わずにトイレ誘導・水分補給実施のみ行っていた。		
事故発生時の対応	対処の内容	様子観察を行い、トイレ誘導と水分補給を行っている。		
	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	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) トイレ誘導と水分補給を行っている。翌日の午後に坐薬挿肛を行っている。		
	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 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) 先週、日誌記入とWB一覧表の変更は行っていたが、関係者の確認不足で今回のケースに至っている。視覚的に分かるように排泄のホワイトボードに「-3日目で坐薬」とテプラで貼り再度周知を行っている。			

(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 12月 17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	氏名:	年齢: 29	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 12月 17日		
	発生場所	娯楽室		
	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(無断外出)		
	死亡に至った場合はその死亡年月日:平成 年 月 日	13時33分、娯楽室の窓から出て運動場の方向へ行き裏門から無断外出されている。		
事故の内容				
事故発生時の対応	対処の内容	支援員が保護に向かい、正門から出てすぐの千手観音像のお供え物の月桂冠を一口飲まれ中身を床に捨てている。正門から出て正面の金柑を食べられている所で保護している。14時に石井施設長、理事長、酒井サビ管へ報告を行い、同時刻にご家族へ電話にて謝罪を行っている。		
	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	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) 帰園後、お水を飲まれ様子観察を行っている。特変はあっていない。		
	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 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) 支援員が見守り場所を離れる場合は他の支援員へ離れる事を伝えて常に見守り箇所 に支援員が居る状態にする。			

(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 12 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	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	氏名:	年齢: 20	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。		
事故の概要	住所			
	発生日時	令和 5年 12月 7日		
	発生場所	7号車シビリアン(ドライブ中)		
	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 checked="" type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input 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	現場は7号車シビリアンの助手席。ドライブ終了後、他ご利用者様を降車させている最中に、助手席に座られていたA氏が運転席横に置いていた嘔吐処理セットの消毒液(ジェSPA)を誤飲されている。また消毒液が入っていた容器がペットボトルだったので、飲み物と勘違いされた可能性もある。			
事故発生時の対応	対処の内容	「誤って口に触れても安全！」と商品記載されているが、万が一の為に誤飲後から帰園までご利用者様の体調を監察している。		
	治療した医療機関			
	治療の内容			
	連絡済の関係機関	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) 帰園前に電話でご家族に事故内容とご本人のご様子を説明している。あわせて消毒液の商品説明も行い、ご様子に変化があれば連絡して頂くようにお伝えしている。		
	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) ①事故前、手持ち無沙汰でオーディオ等のボタンに興味を示されていた。今後は助手席以外の座席にすわって頂く。 ②嘔吐処理セットが運転席の横にあったので、置き場所と入れ物容器を再検討する。			

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 5 年 12 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	氏名:	年齢: 37	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 12月 12日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里 食堂内		
	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		
	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 入所者様へ服薬中、錠剤を1錠床に落としてしまった。錠剤を探すも見つからなかった。		
事故発生時の対応	対処の内容	落ちた錠剤を徹底的に探すも見つからなかった。落ちた錠剤が何なのかも分からない為、関係各所へ報告をし注意を促した。		
	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) 特に変わった様子は見られません。		
	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) ①服薬の際、より注意を行い投薬する様に意識を行う。 ②錠剤を服薬する際には、一旦スプーン上に錠剤をおき服薬する様にしていく。		

(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 5年 12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	069-245-2344
対象者	記載者職氏名			
	氏名・年齢・性別	氏名:	年齢: 39	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			
事故の概要	発生日時	令和 5年 12月 29日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里、女性棟入り口		
	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		
	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 16:44 女性棟入り口にて発作あり前方に倒れている。その際に、入り口の角に右前頭部をぶつけて5~6cm程裂傷している。		
事故発生時の対応	対処の内容	右前頭部裂傷箇所を直ぐに止血を行い、消毒とガーゼ処置を行う。その後、植木病院に受診。		
	治療した医療機関	植木病院		
	治療の内容	右前頭部を3Mテープにて止めてガーゼフィルムで処置されている。再受診の必要はないが、何かあったら再受診してくださいとの事。		
	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) 通院後の状況を施設長・副施設長・酒井サビ管・ご家族に状況説明を行っている。その後、特変なく過ごしている。		
	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) 本日発作が4回目と頻繁にあっていて今回の怪我に繋がっている。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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 6 年 1 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	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	氏名:	年齢: 32	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			
事故の概要	発生日時	令和6年 1月 5日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里 食堂内		
	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		
	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 1月5日(金)朝食後に錠剤(便秘薬)が落ちていた。落錠があった近くのご利用者様の服薬内容を確認し、A氏の朝食薬、夕食薬の錠剤の可能性が高いと思われる。		
事故発生時の対応	対処の内容	薬のナンバーが消えておりはっきりとした薬が判明しない為、追薬せずに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	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) 特に変わった様子は見られません。		
	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) ①服薬後口腔内の確認、より注意を行い投薬する様に意識を行う。 ②錠剤を服薬する際には、一旦スプーン上に錠剤をおき服薬する様にしていく。		

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 6年 3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	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	氏名:	年齢: 29	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。		
事故の概要	住所			
	発生日時	令和 6年 3月 3日		
	発生場所	入所ご利用者様居室		
	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(無断外出) 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時30分ワークスの村上支援員からA氏を保護したと連絡がある。施設から出てきた場面に遭遇し声をかけたが、A氏が施設向かえの家の金柑を塀の外から2、3個食べているとのこと。			
事故発生時の対応	対処の内容	モニターで確認したところ13時25分に他ご利用者様の居室に入っていく場面を確認している。理事長、石井施設長、酒井サビ管へ報告を行い、同時刻にご家族へ電話にて謝罪を行っている。		
	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	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) 帰園後浴室にて外傷の確認を行っている。目立った外傷は見られていない。 翌朝まで、身体、情緒面の特変は見られなかった。		
	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 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) 支援員が見守り場所を離れる場合は他の支援員へ離れる事を伝えて常に見守り箇所 に支援員が居る状態にする。			

(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 6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	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	氏名:	年齢: 36	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。		
事故の概要	住所			
	発生日時	令和 6年 3月 15日		
	発生場所	めいとくの里 正面駐車場		
	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 送迎車内の閉じ込め事故 死亡に至った場合はその死亡年月日: 令和 年 月 日		
事故の内容	9時40分頃に、A送迎スタッフが送迎予定者7名全員を乗車させ当事業所に到着。7名中6名(X氏以外)をワークステーションに降車させ、X氏を通所部(生活介護事業所)に降車させる予定であったが、X氏を乗車させていることを忘れて9時54分に正面駐車場に駐車して施錠を行いその場を離れている。通所部で、来園者のチェック中にX氏が来園していないことに気付き捜索。10時4分に送迎車内で発見。			
事故発生時の対応	対処の内容	状態確認をおこなうが異常なし。		
	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	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) 怪我等なし。 ご家族に、上記の事故内容と再発防止の説明と謝罪。		
	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) ・送迎後は、送迎車内の降車のチェックと運転日報の確認に加えて車内のアルコール噴霧するように、マニュアル化されているが当該送迎担当者が怠っていた。 ・当該送迎者以外の送迎スタッフ全員にも再周知している。 ・重大インシデントとして関係者とカンファレンスを実施している。			

(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。