

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 10 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
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	年齢:	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6年 10月 8日 14:00		
	発生場所	道の駅 大津 身障駐車場（住所:熊本県菊池郡大津町引水759）		
	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（歯の欠損）		
	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 14:00道の駅大津にて駐車場から降り、その後車止めに脚を取られ前方に転倒。金属製の手摺りに歯を打付け、前歯3本欠損している。		
事故発生時の対応	対処の内容	止血処置を行い、施設に連絡。支持を仰ぎ、一度施設に戻っている。		
	治療した医療機関			
	治療の内容	施設帰園後に歯科通院。麻酔後、歯間4針縫合。内服2日間処方あり。ご家族に連絡後、歯科に向かわれ現地にて経緯の説明、謝罪を行っている。		
	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) 当日の夕食と翌日の朝食はゼリーを提供。10月9日(木)10:30に歯科来園、経過を確認して頂き、全粥で提供を行う。		
	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。 ☒ ご本人の障がい特性を考慮しなかったことが原因であるため。 ☐ その他の理由()		
再発防止に向けた取り組みについて		再発防止検討会:10/9(水)10:20～ 参加者:理事長・施設長・入所サビ管・支援員・看護師 ・個別対応が必要なご利用様を計画書に記載、対応する職員を割り振り、食事や移動時に事故がないように努める。 ・歩行不安定なご利用様の対応について、車両の乗降に限らず本人の動向、周りの状況を認識して対応を行っていく。		

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 6 年 10 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
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	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6年10月 12日 6:28		
	発生場所	めいとくの里 支援室前廊下(女性棟側)		
	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	6:28、支援室前廊下で車椅子から立ち上がり歩行され、戻ってこられた時に後ろ向きで車椅子に座ろうとされたが、右寄りに座られたため、そのまま車椅子ごと後方へ転倒され、首の後ろと右側背中に擦過傷があった。頭部は発赤等見当たらなかった。車椅子は破損していた。		
事故発生時の対応	対処の内容	2か所外傷は外用薬で処置を行う。頭部を打っていた為、施設長、看護師、入所サビ管に報告し付き添いが1人では難しいこともあり、日勤者が揃ってからの受診となる。同時にご家族にも連絡している。		
	治療した医療機関	北部脳神経外科		
	治療の内容	事故の状況を説明し、CTを撮ることになる。支援員2名で付き添いを行い、結果は異常なしとの事。ご家族には再度ご連絡し、診察結果の説明、謝罪を行っている。		
	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) 立ち上がりや歩行、車椅子に移乗する際は見守りを行っている。朝食、昼食共に様子は変わらず、全量摂取されている。入浴は中止し、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。 ☒ ご本人の障がい特性を考慮しなかったことが原因であるため。 ☐ その他の理由()		
再発防止に向けた取り組みについて		再発防止検討会:10月15日(火)9:30 参加者:入所サビ管・支援員 ・今回転倒に至った経緯として、他のご利用者様が本人と一緒に歩き、結果、車椅子に座る時に転倒となっている。最近の歩行不安定もあった為、直ぐにご利用者様と対応を交代して職員が車椅子に移乗を行い、事故を未然に防いでいく。		

(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 10 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
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	年齢:	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6年 10月12日(土)15:20		
	発生場所	女性棟、自室		
	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 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 15:20頃、同部屋ご利用者様が本氏の布団付近にて薬を発見し支援員に渡している。表面が溶けていたため、薬番は確認出来なかったが形状から本氏の眠前薬(コラセパム5mg)に酷似している。また、薬の残存状態から昨夜の眠前薬の可能性が大きい。		
事故発生時の対応	対処の内容	昨夜の眠前薬の可能性が高いが、実際に落錠の日にちは不明な為、医務で保管している。		
	治療した医療機関	なし		
	治療の内容	様子観察を行う。		
	連絡済の関係機関	なし		
事故後の対応	利用者の状況	(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) 昨夜は睡眠も取れており、日中常も特変なく過ごされている。		
	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		再発防止検討会: 10月16日(水)15:30 参加者: 入所サビ管・支援員 ・眠前薬を居室で服用して、嚥下確認も行っているが、その後本人で口内から手で薬を出された可能性が高く、この行動は普段でも行っている。眠前薬服用時は基本支援室で行い、嚥下確認と落錠がないか最終確認を行っていく。		

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 6 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	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:	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6年 10月23日 16:16		
	発生場所	めいとくの里 娯楽室		
	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 ☐ 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	娯楽室の窓際のソファから立ち上がり歩かされていた途中、娯楽室中央に配置してあったソファのクッション部分(右前)に右足がつまずき、その拍子に回転するように左側を下に転倒している。		
事故発生時の対応	対処の内容	左足の痛み・左大腿部腫脹があり自力での立ち上がりは困難だったので、介助者2人で車いすへの移乗を行い、病院受診を行った。		
	治療した医療機関	森田整形外科・国立機構医療センター		
	治療の内容	レントゲン撮影にて左大腿骨骨折でオペが必要との事にて国立病院へ救急搬送となる。国立機構医療センターにて採血・レントゲン・CT施行され、左大腿骨転子部骨折の診断あり。オペが必要との事にて緊急入院となる。		
	連絡済の関係機関	なし		
事故後の対応	利用者の状況	24日・右手を拘束、左手にミトンをされた状態でベットに休まっていた。昨日は痛みを訴えられていたため痛み止めを入れ休まれたとの事。24日17時以降に手術の予定。下半身麻酔での予定であるが、本人の状況次第では全身麻酔の可能性もあるとの事。		
	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(日常的に歩行は単独であり、介助なしの方で予けない事故のため)		
再発防止に向けた取り組みについて		再発防止検討会: 月日() 参加者: 娯楽室のソファ配置を変更し、より安全に歩行出来る環境設定を行った。		

(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 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	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
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	年齢:	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 6年 11月 7日		
	発生場所	ゆめくらし事業所 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 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	令和6年11月5日に風邪症状で、風邪薬が処方されており、薬はグループホームに保管していた。11月7日に生活介護施設へ昼食時薬を持参するように準備をしていたが、当日のグループホーム勤務者が処方されていたことを失念し、持参し忘れている。また、定期昼薬を持参される他の入居者は当日不在であり、そのために持参する昼薬はないとの思い込みも原因となっている。その結果、当日の昼に服薬できなかった		
事故発生時の対応	対処の内容	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) 特に体調に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) 令和6年11月8日に再発防止会議実施 グループホーム内で臨時薬が発生した場合は、「定期昼薬を入れるケース」に臨時薬有りの用紙を貼り付ける。また、持参先の職員にも臨時薬がある旨を伝える。		

(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 11 月 20 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
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	年齢:	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6年 11月19日(火)20:50		
	発生場所	女性棟、自室		
	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 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 20日0:00頃、眠前薬BOXの中に眠前薬(トラゾドン塩酸塩錠・デエビゴ錠・テトラゼパム錠2錠)が残っているのを、夜勤対応者支援員が確認し、発覚している。 19日③日直者が20:50の本氏服薬対応時、頓服薬のマグミット錠のみ服薬して、残りの眠前薬を服薬し忘れている。		
事故発生時の対応	対処の内容	夜間の睡眠状況・日中帯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	様子観察を行う。		
	連絡済の関係機関	なし		
事故後の対応	利用者の状況	(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) 昨夜は睡眠も取れているが、日中帯は気分の高揚が見られている。		
	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		再発防止検討会:11月20日(水)12:00 参加者:施設長・入所サビ管・支援員 ・医務に服薬BOXを返却しそびれていた。服薬BOX返却を徹底するとともに、返却の際はBOXの中を再度確認し、服薬忘れが無いか今一度確認する。 ・眠前薬後に日誌の記録等、他の残った業務の事に気を取られていた。特に服薬業務は事故に繋がる可能性がある為、服薬中は服薬業務に集中して行う。		

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 6年 11月 20 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 096-223-5616 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:	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 6 年 11月 19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日にケア・ハピネスで排便があったが、支援室内にある排泄状況を書くホワイトボードの更新を忘れており、結果排泄が3日間ない状況を19日朝礼後に気付いている。その為、朝食時に下剤のマグミット錠を服薬している。		
事故発生時の対応	対処の内容	事故発生後入所サビ管と看護師に連絡を行う。医務の指示を仰ぎ、昼に利用しているケア・ハピネスに事態を説明し、様子観察をしている。		
	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) 19日の朝食時に服薬してからケア・ハピネス利用時と夕方まで特に異常なく過ごされている。		
	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		再発防止検討会 11月19日(火)9:30 参加者:入所サビ管・入所M・支援員 ・終礼の際に使用する用紙と上記ホワイトボード、日直使用のデスク上にあるパソコンモニターに排泄状況の把握と更新を促すシールを貼り付け、更新忘れ防止を行う。 ・ケア・ハピネス職員よりチェック表で排泄の申し送りがあった際に直ぐに更新を行う。		

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 6年 12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
	記載者職氏名			
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 6年 12月 5日		
	発生場所	洗濯室		
	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(無断外出)		
	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 15:30頃、他の利用者の対応をしている間に洗濯室の窓から無断外出をされている。気づいた支援員がすぐに追うが間に合わず、ケア・ハピネスの送迎者がオレンジハウス前で偶然発見。その後、オレンジハウスの支援員がめいとくの里まで誘導を行っている。		
事故発生時の対応	対処の内容	施設誘導後は再度洗濯室で見守りを行っている。ご家族へ経緯の説明と謝罪を行っている。		
	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) 洗濯室での様子は特変なく過ごされている。ご家族へ電話連絡を行っている。		
	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		再発防止検討会 R6、12/10(火) 参加者:入所サビ管・対応職員 火曜日は入浴がなく更衣のみで、洗濯室での見守りとなっている。他のご利用者様の対応のため、本人把握は死角となっている。他のご利用者様の対応中もなるべく本氏を視界に入れて業務を行う。		

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 6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	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:	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 6年 12月 7日		
	発生場所			
	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(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	本人の見守りを行っている際、10:22頃、他ご利用者様帰省対応の為、本人を居室に誘導しベッドで横になったのを確認してからご家族対応を行っている。その後、すぐに本人が対応中のご家族に付いていき、ご家族が居室の鍵を開けたところそのまま居室の窓から無断外出をされている。送迎スタッフが気付き、支援員と送迎スタッフ数名で捜索を行っている。その間、近くに止めてあった車の中からコーヒーを取って飲んでいる。めいとくの里の坂道を上がってきた所で発見して誘導している。		
事故発生時の対応	対処の内容	施設誘導後、外傷を確認するが見られなかった。その後、再び居室に誘導し、横になっている。しかし、居室から何度か出てこられる様子が見られた為、地域交流ホールのソファーに座誘導して見守りを行っている。		
	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) 無断外出の際、コーヒーを取って飲まれているが様子は特に変わりなく、落ち着いて過ごされている。日直者が施設長とご家族へ電話連絡を行い、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		再発防止検討会 R6年12月10日(火) 参加者:入所サビ管・対応職員 ご家族対応ですぐに連絡帳の準備を他の職員に伝えないと焦ってしまったこと、1度居室に誘導したことで安心してしまったことが原因だった為、他の業務を行いながらも本人を気にかけながら業務を行う。特に週末帰省がない日は行動が多動の為、本人の障がい特性を意識しながらの見守りも必要である。		

(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 12 月 10 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
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	年齢:	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6年 12月10日(火)15:55		
	発生場所	女性棟、娯楽室		
	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 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 10日15:55車椅子から立ち上げられ、車椅子の座面に薬が落ちているのを発見している。すぐに医務に報告し、朝・昼・夕食後に服用しているジメチコン錠40mg「YD」の可能性が高いとのこと。胃や腸内のガスを除くための薬とのこと。16:05施設長に報告を行い、いつ服用したものか分からない為、追薬はせずに様子観察の指示があっている。		
事故発生時の対応	対処の内容	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	様子観察を行う。		
	連絡済の関係機関	なし		
事故後の対応	利用者の状況	(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) 健康面に関しては特変は見られていない。		
	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	再発防止検討会:12月11日(水) 参加者:入所サビ管・対応職員			
	・服薬時はとろみを使用して、スムーズに服薬できる状況を作る。 ・服薬後は水分を十分に飲み、口内の残薬がないか確認を行う。 ・服薬後にエプロンと車椅子に薬の落錠がないか、再度確認を行う。			

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 6 年 12 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	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:	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6年 12月24日(火)14:45		
	発生場所	地域交流ホール		
	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 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 14:45地域交流にて、ソファーにズボンのポケットか上着ポケットが引っ掛かり、転倒している。その際、あごから転倒されており、床で打たれている。出血が見られたため、医務室に連れて行っている。		
事故発生時の対応	対処の内容	すぐに医務室で止血を行うが、4センチほどの切り傷と出血あり。傷具合から通院の必要性が有ったため、北部脳神経外科に通院してる。		
	治療した医療機関	北部脳神経外科		
	治療の内容	5針縫っている。12/25(水)通院予定。その後のことはドクターに判断を仰ぐ。抜釘1/4予定。		
	連絡済の関係機関	北部脳神経外科		
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) あごを床にぶつけられ、出血あり。医務室へ連れて行っている。その後、北部脳神経外科に通院している。待合室では静かに待つことが出来ず、何度も立ち上がりウロウロされている。 通院後、17:15ご家族へ報告の電話を行っている。		
	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		再発防止検討会:12月24日(火) 参加者:入所サビ管・対応職員 ・新しく設置した地域交流のソファーと柱の隙間を通ろうとされ、転倒されたため、ソファーは撤去することで、今後の転倒防止に努める。		

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 6 年 12 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	チャレンジめいとくの里	サービスの種別	施設入所支援
	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
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名：	年齢：	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6年 12月26日(木)06:52		
	発生場所	女性棟、娯楽室		
	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 落錠 ☐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:令和 年 月 日		
	事故の内容	6:51娯楽室にて見守り中、体動が激しく片手で車椅子と本人の体を押さえるも転倒の可能性があったためトレーナーのフードを持ち手側のブレーキに掛けた時に車椅子から降りようとされ転倒。襟首が引っ張られ、首が閉まっている。フードを外そうと試みるも一人では難しく、6時52分に応援に駆け付けた支援員と2人で車椅子上に引き上げフードを外している。一旦車椅子から降ろして横になってもらうが力が抜けた状態で呼吸状態も弱かった。I支援員と、サビ管も駆け付け報告し救急車を要請。モニターを救急隊員と共に確認し、6:50～6:53の間、106秒間閉まっている状態だった。理事長、施設長、ご家族に報告している。国立HPIに搬送。救急車の中で少し反応があったと連絡あり		
事故発生時の対応	対処の内容	呼吸の状態等バイタルに異常が見られたため、サビ管に報告・救急車を要請している。また、酸素濃度等バイタルチェックを行っている。その後、来園された救急隊員にバイタルや経過等を報告し、搬送頂いている。国立病院到着後にバイタルチェック異常なし、採血を行い呼吸乱れの数値があったが、全体的に問題なかった。		
	治療した医療機関	国立熊本医療センター		
	治療の内容	バイタルチェック、採血を行い異常なし。		
	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) 救急車にて搬送中、意識が少し戻られている。その後意識も回復して動きが活発になっている。最近の多動な行動も含めピネル記念病院に受診を行い、服薬調整も兼ねて短期入院となる。		
	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	再発防止検討会:12月26日(水) 参加者:副施設長・対応職員			
	・トランシーバー等、他の職員に協力を要請しやすい準備をする。 ・移乗等対応しやすい男性職員に対応を変えてもらう。 ・現在使用する車いすが適していないと考えられるため、本人に適した車椅子を準備する。 ・車椅子を使用される方は、フード付き衣類等の着用は止める。 *12月28日(土)副施設長から、当該職員に日常的にフード付きの衣類を車椅子に掛けて行動制止したことがあったのかを聴き取る。* 以下、聞き取った内容 当該職員からは、今まで2～3回ほど体動がある時にファスナー付きのフードを掛けたことがあった。悪いこととは理解していたが、ファスナー付きであれば首も閉まらないし、偶然と思うがご自身が動かれてフードが掛かっていたこともあったので掛けた。他の支援員から教えてもらったことではなく、自身で考えた行為でとても反省している。ご本人と親御さんにも謝罪したい気持ちだ。			

(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 12 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	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:	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6年 12月26日(木)		
	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 落錠 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	昨日(12/26)午後の活動時に左足首周辺に複数の内出血を確認している。 本日(12/27)森田整形外科を受診している。レントゲンの結果、左足外側くるぶし付近の骨折疑いとのこと		
事故発生時の対応	対処の内容	転倒が12/22にありモニターで確認したが、腰の部分から転倒されていて足の部分に負荷がかかる事がない様子だった。その為、別の場所であったと思われるが特定はできなかった。		
	治療した医療機関	森田整形外科		
	治療の内容	森田整形外科を受診している。レントゲンの結果、左足外側くるぶし付近の骨折疑いとのことのでシーネ固定となる。ご家族へはケアハピネスサビ管より連絡し、固定処置の承諾を得ている。		
	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) 12/26の痣を確認した時点で腫れは無い事や立位も出来ていた事、本人へ痛みを尋ねるが「痛い」や「痛くない」と答えられていた。 骨折の疑いと分かった時点でご家族に状況をお伝えし謝罪を行っている。		
	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		再発防止検討会 R6、12月30日(月)参加者:施設長・入所サビ管 ・転倒後の様子観察申し送りを徹底する。その後、様子観察者を明確にして、記録に残しながら、状態を把握していく。 ・今後見守りを徹底するとともに歩行の際に少しでも違和感など感じたら医務と確認し対応を行っていく。		

(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 6年 12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	069-245-2344
対象者	記載者職氏名			
	氏名・年齢・性別	氏名:	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 6 年 12月 24日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里 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		
	死亡に至った場合はその死亡年月日:平成 年 月 日			
事故発生時の対応	事故の内容	8:15朝食時、食堂にて発作があっている。 臀部から転倒され、その際に右手が臀部の下敷きになり、手の平と甲に内出血が見られている。その他の外傷は見られていない。		
	対処の内容	直後より右手の内出血と腫脹見られ、森田整形受診となる。右手レントゲン検査施行。Drより『右環指基節骨基部骨折』と診断される。簡単に言うと右の薬指の3番目の骨が折れていますとのこと。		
	治療した医療機関	森田整形外科		
	治療の内容	フィットキュア・ナックルで固定を行うことでリハビリはしなくてもよいとのこと。きちんと固定が出来ているか確認の為、今週中に再受診予定。		
事故後の対応	連絡済の関係機関	なし		
	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、特変なく過ごしている。ご家族へは状況説明等をお話し、謝罪をおこなっている。		
	治療期間	☒ 全治30日以内 ☐ 全治30日以上		
再発防止に向けた取り組みについて	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	再発防止検討会 R6、12月26日(木) 参加者:入所サビ管・対応職員 朝食中で対応が難しい状況であったが、発作持ちのご利用者様と意識を高め見守りと椅子に座って頂くなど声をかける。保護帽は常時着用している為、頭部の外傷はなかったが手で庇われている為、今回の怪我に繋がっている。		

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 7 年 1 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
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	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 7年 1月 8日		
	発生場所	男性脱衣所		
	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（無断外出）		
	事故の内容	死亡に至った場合はその死亡年月日:令和 年 月 日 15:32に、他の利用者の対応をしている間に脱衣所の窓から無断外出をされている。気づいた支援員がすぐに追いかけて明徳熊野座神社前で発見。その後、支援員が当事業所まで誘導を行っている。		
事故発生時の対応	対処の内容	施設誘導後、入浴をされその後洗濯室にて見守りを行っている。 ご家族へ経緯の説明と謝罪を行っている。		
	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) 施設誘導後はは特変なく過ごされている。ご家族へ電話連絡を行っている。		
	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) 再発防止検討会 実施日 令和7年1月11日 (土)12時40分 参加者:入所サビ管・対応者 ・本人が脱衣所での状態で、浴室にご利用者様の対応を行っている時に窓からの無断外出があっている。死角になっていることで、直ぐに対応ができていなかった為、本人が視覚に入る形での見守りを徹底する。		

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 7 年 1 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	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:	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 7 年 1 月 12 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)	☐ 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(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	11時に送迎にいられていただいていたお母様より、「めいとくの利用者さんとすれ違ったかもしれない。オレンジハウスの前辺りでした。」との伝達があっている。 職員が走ってオレンジハウス前まで向かうもその時点では本氏の姿は見えなかった。 職員がめいとくへ連絡後、帰宅途中であったお母様のご厚意で車に同乗させて頂き、一緒に捜索している。11時15分にぐるぐる倉庫植木店前を歩行中の本氏を発見し、保護している。保護後、モニター確認を行い、10時47分に定時の水分補給中に職員玄関から出ていかれる様子を確認している。		
事故発生時の対応	対処の内容	お母様から伝達を受けた後、職員3人体制で捜索を行っている。 三号線の上り方面、下り方面、明徳町体育館方面の3方向。 その後、上り方面を捜索中であった職員がぐるぐる倉庫植木店前で保護している。		
	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) 帰園後、怪我等が無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) 再発防止検討会 実施日 令和 7年 1月 12日 (日) 14時 00分 参加者: 今回、見守りの人数は揃っていたが、職員間によるコミュニケーション不足(誰がどここの立ち位置から誰を見守るのか、の事前打ち合わせ不足)で見守りに穴が開いてしまった。他ご利用者様の個別対応に当たる時は必ず事前確認と本氏の所在把握を行うようにする。		

(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→合志市）

合志市福祉課障がい福祉班提出用

令和 7 年 1 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		
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名：	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 7年 1月 13日		
	発生場所			
	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	5:15に合志北警察署より本氏所在確認の電話があっている。確認すると、居室に居なかった。警察で保護しているとのこと。5:00頃セブンイレブン(鹿子木店)に行き、カフェオレを1本飲まれた後、再度カフェオレを取ろうとされたところに店員より制止され、暴れた為、不審者として警察に通報があったとのこと。迎えを要請されたが、待っている間に暴れる可能性が高い為、警察が送ってきてくださるということになった。モニターを確認すると、4:15頃より男性棟入り口のソファーに座られている様子が映っていた。4:17B氏が居室へ戻る際に走って居室に入り、窓から出られている。セコムが女性棟と運動場で鳴った為、確認するが分からなかった。jその後の人員確認が出来ていなかった。4:21裏門から出られている。凍結防止のために正門と裏門は開いていた。5:30頃パトカーにてめいとくの里に帰って来られている。裸足で出ておられたようで、怪我は無し。身分証の確認と保護に関する書類の記入あり。セブンイレブンには職員がそろい次第、商品の弁償に向かう。5:20に施設長、6:00に理事長、7:40入所サビ管に報告を行っている。		
事故発生時の対応	対処の内容	施設誘導後、怪我の確認をしている。怪我はなく、男性棟にて見守りを行っている。		
	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) 施設誘導後はは特変なく過ごされている。ご家族へ電話連絡を行っている。		
	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) 再発防止検討会 実施日 令和7年1月 21日（火）16時00分～ 参加者:・対応者: ・セコムが鳴った時にはなった場所を確認した後は必ず人員確認をおこなう。 ・今回はコンビニだったが、車に近づき車内の飲み物を取ったり、交通事故に遭っていた可能性がある事故だった。危機管理が必要。		

(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→合志市）

合志市福祉課障がい福祉班提出用

令和 7 年 1 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:	性別: 男
	受給者証番号	4321606396		※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 7年 1月 22日		
	発生場所			
	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（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	12:23に昼食後の歯磨き後、B氏の居室から無断外出されている。B氏の報告があったため、すぐに本人を追いかけて明徳神社の先で本人を保護している。保護時、本人は走行中であった近隣の方の車を強引に止められていた。驚かれた近隣住民に左足を蹴られているが外傷なし。		
事故発生時の対応	対処の内容	施設誘導後、怪我の確認をしている。怪我はなく、男性棟にて見守りを行っている。		
	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) 施設誘導後は特変なく過ごされている。ご家族へ電話連絡を行っている。		
	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) 再発防止検討会 実施日 令和7年1月 22日 (水) 13時 00分 参加者: 石井施設長、支援員、支援員 ・歯磨き後に本人を確実に居室まで誘導を行う。 ・感染症対策で居室での食事を行っていたが、見守り不十分の為食堂にて食事を摂って頂くようにし、所在確認を徹底する。		

(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→合志市）

合志市福祉課障がい福祉班提出用

令和 7 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：	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 7年 2月 11日		
	発生場所			
	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（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	3:02、居室センサーが鳴り、本人の動向を確認している。3:05、居室から出てくるが居室センサー反応なし。他居室ドア確認行為や他居室内に入っている。モニターポップアップも反応なし、本人の動向に気付いていない。3:08にモニターポップアップで本人の動向に気づき、直ぐに職員が駆けつけるが、B氏の居室窓ロックを強引に開けて裏門から外に出ている。本来裏門は施錠している時間であるが、1:20Y明け者がめいとくの里帰園時、凍結の恐れで裏門の鍵施錠が実施できていない状況であった。		
事故発生時の対応	対応の内容	対応職員が3号線方面に捜索に行く。その後本人の所在が確認出来ずに、捜索職員が施設に応援電話を行う。3:30、入所サビ管に現状報告の電話連絡を行う。その後、Y明け者が3号線方面、男性明け者がホリデー方面に捜索。3:36、オレンジハウス手前の自販機のある家に侵入し警察に保護されており、3号線方面に捜索していた職員が現地に合流している。3:52、警察と一緒に本人が施設に帰園。警察が療育手帳で本人確認、今後も気を付けるように指示あり。6:00に理事長・施設長に報告。その後ご家族に事故の詳細と謝罪を行っている。		
	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) 施設誘導後は気分の高揚があり、入眠できない様子があり、居室誘導し廊下にて見守りを行っている。		
	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) 再発防止検討会 実施日 令和7年2月11日（火）9時30分～ 参加者：入所サビ管・夜勤明け者 ・外に出ている居室窓ロックを強化している。また、居室センサーの不具合があった為、修繕を行いセンサーが鳴る状況を作っている。 ・マニュアル通り、裏門施錠の徹底を行う。 ・夜間帯の勤務者同士の動向確認が直ぐにできるように夜間帯はインカムを使用して、連絡を取り合っていく。 【ご家族からの対応依頼内容】 ・今回居室センサーの不具合があった為、就寝前に居室センサーチェックを実施する。 ・凍結防止関係なく、裏門施錠の徹底を実施する。			

(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 7 年 2 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	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:	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 7 年 2 月 19 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を)	☐ 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（金銭出納帳過誤） 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	金銭出納帳の記入を行う際に、預かり金が330円多い状態であることを発見している。再計算、他の入居者様の預かり金の確認等を行うが原因を発見するに至らなかった。		
事故発生時の対応	対処の内容	預かり金の扱いに過誤があったことをご家族に謝罪を行い、330円を内容不明金として入金する事を確認し処理している。		
	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) 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) 再発防止検討会 実施日 令和7年2月19日（水）17時00分～ 参加者: サービス管理責任者 ・預り金使用時は速やかに金銭出納帳の処理を行う。また、金銭出納帳の過誤があった場合は、前回の預かり金使用者に確認を行う。		

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 7 年 2 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	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:	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 7 年 2 月 19 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を)	☐ 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（金銭出納帳過誤） 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	金銭出納帳の記入を行う際に、預かり金が10円多い状態であることを発見している。再計算、他の入居者様の預かり金の確認等を行うが原因を発見するに至らなかった。		
事故発生時の対応	対処の内容	預かり金の扱いに過誤があったことをご家族に謝罪を行い、10円を内容不明金として入金する事を確認し処理している。		
	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) 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) 再発防止検討会 実施日 令和7年2月19日（水）17時00分～ 参加者: サービス管理責任者 ・預り金使用時は速やかに金銭出納帳の処理を行う。また、金銭出納帳の過誤があった場合は、前回の預かり金使用者に確認を行う。		

(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→合志市）

合志市福祉課障がい福祉班提出用

令和 7 年 2 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			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	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 7 年 2 月 23 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)	☐ 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(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	11:15にオレンジハウスの勤務者より電話があり、本氏がオレンジハウスの門の前に立たれていたと連絡があっている。本氏がめいとくの里に戻られた後に録画モニターを確認すると、10:59に男性棟下駄箱から外の方角に出る様子が映っている。その後は、下駄箱外の門を乗り越え、裏門から施設敷地外へ出たと思われる(裏門のモニターが映らない状態であった)。今件において、本人の怪我等はなかった。		
事故発生時の対応	対処の内容	連絡を受けためいとくの里の勤務者が、車両で本氏をオレンジハウスへ迎えに行き、11:25にめいとくの里に戻られている。		
	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) 事故発生前の本氏の情緒面には問題はなかったが、外を度々気にする様子が見られている。事故の瞬間は職員とすれ違って後方を確認し、素早く外へ出る様子がモニターにて確認できている。施設に戻ってから情緒面に変化は見られず、落ち着いて過ごされていた。		
	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) 再発防止検討会 実施日 令和 7年 2月 23日 (日) 17時 00分 参加者: 事故直前は、ご利用者様に水分補給のためのお茶を提供している場面であった。特定のご利用者様には居室までお茶を持参する対応をしている中で今回の事故が発生している。 水分補給業務にかかる人員は1名とし、もう1名は見守りを任務として実施する。		

(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 7年 3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	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		年齢:	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 7 年 3月 28日		
	発生場所	めいとくの里 医務室		
	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 薬のセットミス 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	3/26短期利用開始時に、3/27朝の薬を3/28の朝のボックスにセットしてしまい、3/27の朝の薬を飲ませ忘れる。		
事故発生時の対応	対処の内容	3/28に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) ご家族、ハピネス連絡、状態確認行方が異常なし。 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	☐ 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) 再発防止委員会 実施日令和7年3月28日 参加者: 石井施設長・サビ管・柳・セットする際に集中力にかけ、日にちの確認を怠っていた為、日にちの確認徹底してを行う。薬のボックスを本日の薬、翌日の薬と並べて置いて本日の薬は1日分のみとする。、		

(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）

熊本市福祉課障がい福祉班提出用

令和 7 年 3 月 25 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:	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 7 年 3 月 25 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)	☐ 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(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	11:45、食堂入り口前で本氏が男性ご利用者様に「よしよし」と頭を撫でに行かれ、嫌がった男性ご利用者様から左手親指を噛まれ負傷している。		
事故発生時の対応	対処の内容	気付いた職員が医務室に連れていき止血を行うが爪が剥がれており出血が多かった為、くどう皮膚科に通院しガーゼで親指を保護しユーパスタ塗布。3月27日再診の指示を受ける。 上記の内容をご家族に電話で報告している。		
	治療した医療機関	くどう皮膚科		
	治療の内容	ガーゼで親指を保護しユーパスタ塗布。3月27日再診の指示を受ける。		
	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) 朝から気分高揚気味で多数のご利用者様に抱きついたり近づいたり過度な関わりが見られていた。 事故発生時、職員に付き添われ医務室に行き処置を受けたが落ち着いて処置を受けることが出来ている。通院後は笑顔で過ごされている。		
	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) 再発防止検討会 実施日 令和 7年 3月 25日 (火) 17時 00分 参加者: 事故発生時、他ご利用者様の対応や職員の休憩などのタイミングで男性棟入り口に職員が不在であった為、見守り者の配置人数や休憩時間の見直しを行い見守り者不在の時間がでないようにしている。		

(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。