

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 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	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951-1		電話番号 096-245-5522 FAX番号
	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			
事故の概要	発生日時	令和 6 年 4 月 6 日		
	発生場所	グループホーム アクアテラス リビング入り口付近の廊下		
	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	7:30頃、勤務職員がリビング前の廊下に1錠の落錠を確認している。服薬情報書と照合し、落錠していたのは寝前薬のデザレックス5mgであった(抗ヒスタミン作用のあるアレルギー反応を抑える薬)。 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	対処の内容	発見後すぐに副施設長に報告。本氏の薬と確定したが、追薬は難しいと判断し、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) 朝から問題なく過ごされ、食事もとられている。普段と変わった様子もみられていない。4月6日当日が帰省日であったので、ご家族と一緒に帰省されている。ご家族には後日状況を説明し、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		
	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) 本氏は眠前薬の投薬時間に玄関前や居室などグループホーム(アクアテラス)内のあらゆる場所で過ごされており、本氏の特性を考慮し各々の場所で服薬をおこなっている。服薬場所は他入居者と同じ場所のアクアテラス内リビングで実施する。併せて服薬マニュアルを勤務職員へ再周知する。		

(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 6年 4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	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 4月 6日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里、支援室前廊下		
	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	8:54 支援室前廊下を歩いている際に発作が起き左前に転倒し、左眉下を裂傷する。		
事故発生時の対応	対処の内容	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	消毒処置後、2針縫合。飲み薬なし。8日(月)午後再診するとのこと。		
	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) 通院後の状況を施設長・サビ管・看護師・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	☒ 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) 保護帽は常時着用している。発作の時にこらえる様子もなく突然倒れる事が見守りしていても防げずに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 6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 069-245-2344
	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 4月 8日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里、食堂前廊下		
	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 8:28 食堂へ向かいながら廊下を歩いている際に発作が起き右前に転倒し、右眉下を裂傷する。		
事故発生時の対応	対処の内容	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	左眉の裂傷の関係で通院予定だった為、同時に受診を行う。ガーゼ処置を行われている。		
	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) 通院後の状況を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	☒ 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) 保護帽は常時着用している。前回(4/6)と同様に発作の時にこらえる様子もなく突然倒れる事が見守りしていても防げずに今回の怪我に繋がっている。精神科に通院する際に上記の事を報告する。		

(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 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
			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 4 月 27 日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里、男性棟入り口廊下		
	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	6:34頃、廊下を歩いている際に発作が起き転倒し、左頂頭部を裂傷する。		
	対処の内容	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	消毒処置後、5針縫合。CTでは異常は見られなかった。抗生剤(セフトレキシム100mg1錠)3回/1日 3日間処方されている。 5月6日(月)再診予定。		
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) 通院後の状況を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	☒ 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()		
		(できるだけ具体的に記載すること) 保護帽は常時着用している。前回(4/6、8)と同様に発作の時にこらえる様子もなく突然倒れる事が見守りしていても防げずに今回の怪我に繋がっている。精神科(4/25)では処方変更はなかった。脳神経外科(6/15)への受診の際に上記の件を報告する。		

(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 6年 5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 5月 13日		
	発生場所	正門		
	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 17時45分頃、北棟倉庫前の部屋の窓から無断外出されている。その後正門に向かわれ、偶然居合わせた地域の方の車内にあったコーヒーストックを無断で飲まれている。その旨、その方からインターホンを通じ報告があった為、事態が発覚している。		
事故発生時の対応	対応の内容	報告後すぐ本人を保護し、食堂へ誘導を行っている。外傷はないが、飲まれたコーヒーストックが古い物であるため、本人の経過観察を指示している。地域の方へは理事長と支援員から謝罪を行っている。		
	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、食堂で夕食を待つようお声掛けしている。特変はあっていない。		
	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) 本来施錠されている扉の鍵が閉まっていなかったことが原因である。全支援員に施錠の徹底するよう周知している。		

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 6 年 5 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	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 5月 3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)	☐ 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	5月3日(金)朝食後、本人足載せ付近に錠剤(便秘薬)が落ちていた。薬番号不明。落錠があった近くのご利用者様の服薬内容を確認し、本氏の朝食薬、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			
	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	☐ 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) 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）

熊本市障がい保健福祉課提出用

令和 6年 5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	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 5月 8日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里 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 ☐ 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 13:32に娯楽室にて立って過ごされていた際に発作が起き後ろ向きに転倒、机に頭頂部がぶつかり、左頂頭部を裂傷する。		
事故発生時の対応	対処の内容	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	消毒処置後、1針縫合。CTでは異常は見られなかった。 5月15日(水)再診予定。		
	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) その後、特変なく経過している。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		
	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) 保護帽は常時着用している。発作の時にこらえる様子もなく突然倒れる事で、近くで職員が見守りしていても防げずに今回の怪我に繋がっている。先日保護棒の業者へ保護帽の調整を依頼中。		

(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

5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	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: 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 5月 25日		
	発生場所	倉岡氏居室		
	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 20:18に就寝の為居室に誘導を行い、ベッドの縁に足を引っ掛けて、足がもつれて居室のガラス窓に頭からぶつかっている。その後窓が割れ、割れた窓に頭がこすれて、額と生え際近辺に擦過傷計3か所が出来ている。		
事故発生時の対応	対処の内容	事故発生後男性夜勤者に擦過傷カ所の圧迫止血を行う直ぐに日直者が施設長と看護師に連絡を行う。緊急で看護師が施設に出動。北部脳神経外科に連絡をして、「出血が弱まったら、連れてきてください」との指示を受けている。看護師の指示を仰ぎながら、頭部の圧迫止血を継続し、ある程度止まった段階で北部脳神経外科に通院。額と生え際の擦過傷の処置をしてもらい、計8針縫合。状況確認後、入所サビ管よりご家族に連絡を行い、報告と謝罪を行っている。		
	治療した医療機関	北部脳神経外科		
	治療の内容	・擦過傷部位の消毒と縫合 ・抗生剤の処方		
	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) 通院後に居室ベッドに誘導、30分毎に見守りを行っている。居室から出て来る行為はなく、結果として1:00に入眠を確認している。起床後まで特変は見られていない。起床時バイタル正常。		
	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) ●5/29(水)再発防止検討会実施。参加者:施設長、入所サビ管、当日対応夜勤者・居室誘導時に電気は点けていない状況で転倒に繋がっている可能性がある為、夜間誘導時は電気を点けるなど意識する。 ・歩行不安定な為、ベッド誘導時はベッドに横になるまで対応を行う。 ・窓側にベッドマットを設置して、怪我防止を行う。 ・転倒防止の為ベッドの高さを検討		

(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 6 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	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 6月1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)	☐ 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 6/1(土)14:13、男性棟入口のソファ付近で立たれており、振り向いた時に男性ご利用者のシルバーカーに足をひっかけて転倒されている。転倒時、左肘と臀部を打つ形で倒れている。その後ご家族迎えで帰省している。		
事故発生時の対応	対処の内容	転倒後は直ぐに職員が対応を行いご本人をソファに誘導している。ご家族にはお迎え時に転倒内容の報告と謝罪を行っている。その際、歩行状態は問題なかった。		
	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	ご家族		
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) ご自宅帰省後に左臀部の痛みがあった為、6/2(日)ご家族対応で熊本リハビリテーション病院に受診されている。腰・股関節のレントゲンを行い骨折はあっていない。痛み止めを処方されている。翌日6/3(月)もご家族対応で受診され、尾てい骨レントゲン異常なし。		
	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) 6/6(木)再発防止検討会。(現場モニター確認) 参加者:入所サビ管・当日対応職員 ①ご本人がご家族迎えの為、多動に動かれていた。椅子に座ってご家族迎えを待てるような対応が必要であった。 ②シルバーカー使用者の動向にも注意が必要であった為、今後も見守りの徹底を行う。 ※見守りが必要な状況であったが、週末の人員不足で見守り職員が不足している。		

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 6 年 6 月 9 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
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	年齢:	性別:
	受給者証番号	※市外支給決定者の場合、当該市町村へも報告してください。		
	住所			
事故の概要	発生日時	令和6年 6月 8日 8時20分		
	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 ☐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	令和6年6月9日(日)、入居者様の朝食後の服薬を行っていたとき、リビングの床にベポタスチン10(タナベ)錠1錠が床に落ちていたのを確認。ベポタスチン10(タナベ)錠は男性入居者様2名(A様とB様)が朝食後と夕食後に服用されているが、2名の服用前に落錠を確認しているため、いつ落錠したものかは不明。		
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	(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	☐ 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) ・服用をする支援員は、服用時入居者様が薬を完全に飲まれたのかと目を離さずに確認をする。 ・落錠していた薬は溶けた様子も無いことから、2包の錠剤を一つにまとめた時に落ちた可能性もあるため、一つにまとめないように対応する。		

(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 6 年 7 月 31 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:
	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 7月31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(新型コロナウイルス感染症 クラスター) 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	7/23(火)に、生活介護のご利用者様の陽性発覚したことをはじめに、7/31(水)現在で、入所ご利用者1名、通所ご利用者10名(うち5名はGHオレンジハウス入居者)、職員4名の計15名が罹患している。		
事故発生時の対応	対処の内容	入所及びGHのご利用者様については、個室対応を行っている。現在重症者はなし。通所部及び職員は発症から5日かつ症状消失より2日を目途に自宅待機を依頼している。		
	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	ご家族		
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) 重症者おらず、1～2日で解熱している状況であり対処療法を実施している。入院の必要性はない状況。家族には経緯および状況を報告している。		
	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) 7/29(月)に状況の確認及び、感染拡大防止策の対策会議を実施している。		

(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。

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 8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	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:	30 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 8月 6日		
	発生場所	他ご利用者様居室窓		
	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	廊下を行き来し入れる居室を探し、B氏が開けた際に居室に入り窓から出ている。その後、正門前で送迎スタッフが気付き連れ戻している。そのスタッフの車内からコーヒーを物色し飲んでいる。		
事故発生時の対応	対処の内容	報告後すぐ本人を保護し、食堂へ誘導を行っている。外傷はないが、コーヒーを飲まれているため、本人の経過観察を指示している。		
	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) 食堂での様子は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		(できるだけ具体的に記載すること) 支援員の見守りが男性棟入口にいる事を確認し廊下を行き来しながらB氏を待たれていた。その際に声掛けなどが必要と思われる。		

(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

8 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
	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 8 月 24日		
	発生場所	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		
	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 朝食時に他ご利用者様の朝食薬(カルバマゼピン50%0.4g・リスペリドン1%0.05g)を本人に服用している。		
事故発生時の対応	対処の内容	直ぐにかかりつけの病院に連絡を行い同系統の薬の為、追薬を行わず水分を多めにとる指示があっている。ご家族に連絡をとり、報告と謝罪を行っている。施設長にも報告済み。		
	治療した医療機関	関係病院に連絡を行っている。		
	治療の内容	誤薬後に水分を多めに摂取している。		
	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) 誤薬後に水分を多めに摂取している。その後も特変なく過ごされ、ご家族迎いで帰省されている。		
	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) ・薬ボックス内の本人の隣りの薬を間違っ取り出している為、薬を取り出す際にまず確認を行い、服薬時にも呼称を行い、名前とご本人をしっかりと確認する。 ・服薬マニュアルを再度確認する。		

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 6年 9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 9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(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	17:38夜勤者がサポートホールの施錠確認中に17:40食堂の窓から飛び出し施設外に出ている。運行中の車両が本氏に気付く停車し警笛を鳴らしている。停車中に助手席側のドアを開けジュースを取り飲んでいる。警笛に気付いた近所に住むM看護師が保護し、運転者(地域のA様)に謝罪を行うが立腹され直ぐに立ち去られている。		
事故発生時の対応	対処の内容	すぐ本人を保護し、食堂へ誘導を行っている。外傷はないが、本人の経過観察を指示している。その後、理事長、施設長、サビ管、ご両親への電話連絡を行っている。		
	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) 食堂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。また、運転者が理事長の知人(地域のA様)の方と分かり謝罪の連絡をとり、翌日改めて謝罪に出向いている。		
	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) 食堂に入った際に本氏の見守りを失念していた事が原因。また、サポートホールも施錠確認しないと空いている場合が多い為、確実に支援員が2人そろった(食堂を見守りできる)状態で行う必要がある。		

(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 9 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	1000046118 ※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 9月 10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)	☐ 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	排泄表に本日-3日目とあったので朝食後マグミット錠服用を行っている。お昼ハピネス看護師より排泄の話があり、昨日排便があっている事を伝えられ、チェック表を確認した所、排便があっている事に気付いている。 ◇原因(分かる範囲):最近、本氏のチェック表が作成され、チェックが抜けていたことが原因。		
事故発生時の対応	対処の内容	医務に報告を行い様子を見守っている		
	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) 日中帯に排便は無く特変も見られなかった。		
	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) 入所⇄ケアハピネスチェック表の申し送り事項欄を修正している。 また、排泄コントロールが必要な方の口頭で伝えるだけでなく、ホワイトボードの更新まで行う。		

(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 9 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	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 9月 22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)	☐ 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: 令和 年 月 日		
	事故の内容	排泄コントロールにて-4日目で昼食時にピコスルファートナトリウム10滴を服用している。しかし11:30に排便があっていた。		
事故発生時の対応	対処の内容	医務に報告を行い様子を見守っている		
	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) その後、日中帯に排便は無く特変も見られなかった。		
	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) 排泄の対応された支援員の方がWB更新を知らなかった事があるので、再度申し送りの徹底を行う。 また下剤服用の際に服薬者が再度確認を行うなどの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。