

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 4 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:	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 7 年 4 月 5 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 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	朝食後のトイレ誘導時に、本氏の口からこぼれたであろう4月4日19:30の眠前薬が車椅子に敷いている防水シートの上に1錠落錠しているのを発見している。		
事故発生時の対応	対処の内容	ご家族、石井施設長、医務へ報告を行っている。 服薬用のゼリーを用意する等、改善策の検討を行う。		
	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) 錠剤が半分ほど溶けており、おくすり手帳と処方箋確認後眠前薬のラメルテオン錠である可能性が高いと判断。睡眠時間は3時間であった。ご家族への報告と謝罪を行っている。 (お母様からの聴き取り) 17:00お迎え時にも直接謝罪を行っている。ご自宅でも眠剤が後からポロっと出てくる		
	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4月5日(土)10時00分 参加者: 杉本、濱口、今井 服薬時にスプーンを可能な限り口の奥まで入れ、飲み込んで頂く。 トロミやゼリーの使用、もしくは粉状にしての提供を行い、飲み込んでもらいやすい対応を行う。 短期入所ご利用者様情報に上記の旨を記載する。		

(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 7 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	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	
			FAX番号	
対象者	記載者職氏名			
	氏名・年齢・性別	氏名:	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 7 年 7 月 9 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 落錠		
	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 食堂にてアトルバスタチン10mg1錠が床に落ちているのを発見する。内服者を確認すると、本氏が朝食後に服用している状況であった。本日は口腔内やコップ内まで残薬ないか確認し服用確認している。日時は不明だが、本氏が内服する際に落錠したものと推測できる。		
事故発生時の対応	対処の内容	石井施設長へ報告。		
	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) 体調の変化はみられておらず様子観察行っている。		
	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7月9日(土) 15時30分 参加者: 澤田 柳井 荒木 服薬時に、口腔内やコップなど周辺への落下がないか確認の徹底を行う。		

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 7年 4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
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	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 4月 17日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里内地域交流スペース		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いもの)	☐ 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: 令和 年 月 日 午前8時54分に、地域交流スペースを歩行中に転倒。手を床に着くことが出来ずに顎を強打して裂傷し出血。		
事故発生時の対応	対処の内容	転倒後、直ぐに看護師と生活支援員が駆け付けガーゼで止血するが、傷も深く出血も多かったため北部脳神経外科に通院。		
	治療した医療機関	北部脳神経外科		
	治療の内容	スキンステープラー(縫合用の医療ホッチキス)5針縫合。		
	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) 障害特性から多動で出血しながら歩き回るため、支援員2名と看護師1名で行動を抑制して通院。レントゲンを試すが横になることが出来ず、止血のために縫合。通院後、井島サービス管理責任者からご家族(両親)に説明。		
	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4月17日(木) 11時30分 参加者:施設長 副施設長 井島サビ管 富窪看護師 最近、朝食後と夕食後にふらつきが多くあるため、ふらつきがある場合は支援員が付き添う。医療的ケアとして主治医(ピネル記念病院:竹内Dr)に報告。体重が減少傾向にあるため補食も検討していく。		

(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 7 年 4 月 30 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: A		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 7 年 4 月 30 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		
	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 13:10頃、地域交流スペースで女性ご利用者様に背中を強く押され顔面から転倒されている。その際、上唇を切られ出血されている。		
事故発生時の対応	対処の内容	A氏と女性ご利用者様の距離を空けている。A氏の止血を行い北部脳神経外科へ通院を行う。		
	治療した医療機関	北部脳神経外科		
	治療の内容	上唇を4針縫合し点滴を行っている。CTも実施するが、拒否が強く実施出来ない。		
	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、施設に帰園されている。体調面や情緒の乱れは見られないが、夕食を全量摂取することが出来ていないため様子観察を行う。 電話にて怪我の状態をお伝えしたが、ご家族が様子伺いで来園されたため直接謝罪を行う。		
	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) 再発防止検討会 実施日 令和7年4月30日(水)17時00分 参加者: 井島サビ管、小堀 ・情緒の状態に関わらず、女性ご利用者様が突然他害行為に及ぶ可能性があることに注意を行う。 ・女性ご利用者様の他害の対象になりやすい方との距離感に注意を行う。 ・他害行為の予兆があった場合は1対1でB氏の見守りを行う。		

(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 5 月 1 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: A 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 7 年 5 月 1 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		
	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 10:42外ウォーキングに出る為に靴を履き終わったところで男性ご利用者様より正面から押されている。モニターで確認し、お尻から転倒され頭部を靴棚で打っている状況であった。		
事故発生時の対応	対処の内容	転倒され泣かれているのに気付いた職員が看護師に報告し診て頂いている。頭部の腫脹を確認した為、消毒とクーリングを行い見守りを行っている。		
	治療した医療機関	北部脳神経外科		
	治療の内容	頭部のCT撮影。異常はなかったが頭部を打っているので嘔吐等の観察の指示を受ける。		
	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) 通院後、帰園され昼食を摂られている。食欲はあり全量摂取されその後、体調・情緒面変わり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) 再発防止検討会 実施日 令和7年5月1日(木)17時00分 参加者: 井島サビ管、入所部職員 最近、他害行為を行った男性ご利用者様との接触トラブルが続いている為、今後は外ウォーキングに出る際は男性ご利用者様にはA氏より先に外に出てもらうように周知している。		

(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 7 年 5 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: 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 7 年 5 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		
	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	夕食後薬に水薬が追加されていたが、その薬の服薬を行っていなかった。		
事故発生時の対応	対処の内容	服薬をしていないことが発覚したが、本人の就寝後であり誤嚥の危険性あるため、看護師と確認の上で服薬を行っていない。		
	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) 就寝後、翌日の起床後の様子ではてんかん発作の症状や体調の変化は見られていない。翌日である5月24日に、ご家族への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) 再発防止検討会 実施日 令和 7年 5月 26日(月) 12時 30分 分参加者: 井島サビ管、 ・水薬を服薬用の台車に保管する。 ・上記の旨を全体に周知する。		

(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）

熊本市障がい福祉課提出用

令和 7 年 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	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: A 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 7 年 5 月 7 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		
	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 13:39頃、地域交流スペースでB氏に背中を強く押され顔面から転倒されている。その際、下唇を切られ出血されている。		
事故発生時の対応	対処の内容	A氏とB氏の距離を空けている。A氏の止血を行い、きらら歯科に電話にて状況報告し、往診に来ていただいている。		
	治療した医療機関	きらら歯科		
	治療の内容	傷は深さはあるがきれいな為、そのまま消毒して抗生剤の内服で様子を見ます。歯にも異常は見られません。明日また診て、それにより抗生剤の追加をしますとの事です。		
	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) 治療後、体調面や情緒の乱れは見られない。 ご家族に電話にて怪我の状態をお伝えしている。5月8日の午後に施設側から様子伺いの連絡を入れるとの約束をしている。		
	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5月7日(水)17時00分 参加者: 井島サビ管、前田 ・最近、情緒不安定な様子が続いている為、明日かかりつけ医に最近の状況を報告し服薬調整も含め今後について相談し、ご家族及び職員に周知を行う。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7 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	短期入所
	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: A 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 7 年 6 月 27 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		
		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	同じ短期入所(B氏)の朝食薬(アリピプラゾール1mg)を誤ってA氏に投与している。		
事故発生時の対応	対処の内容	A氏の朝食薬(アリピプラゾール3mg)の為、A氏のご家族へ上記の経緯を謝罪し薬が不足している分を薬を半量割って飲ませてもいいか尋ね、了承受け追薬している。その後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	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) ご家族へは謝罪を行い様子観察を行っています。また、B氏の薬が不足したため、B氏のご家族へも謝罪を行い明日まで短期入所の為、明日の朝食薬を本日飲んで頂いている。		
	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) 再発防止検討会 実施日 令和7 年 6 月 27 日(金) 9時15 分 参加者: 井島 日直支援員の思い込みからの誤薬になっている。特に短期入所の場合は関わりが少ないため慎重に再度、呼称し確認をしっかりとマニュアル通りの対応を行う。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7 年 6 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: A 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 7 年 6 月 22 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		
	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 Z氏の眠前薬を誤ってA氏に投与している。		
事故発生時の対応	対処の内容	小柳病院より処方された薬を飲まれた為同院へ薬の副作用等の確認を行い、様子観察を行うよう指示を受けている。また、A氏のバイタルチェックと水分摂取を行っている。		
	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 成年後見人		
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) バイタル等には異常は無く居室で過ごされている。		
	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 6月 22日(日) 21時 00分 参加者: フルネームでの指名確認、声出し・指さし確認を再度徹底する		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7 年 7 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： 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 7 年 7 月 25 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		
	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 12:25、昼食を食べ終わり、食堂から出る際に通路を通っている途中、右足が何かに引っ掛かり、そのまま左側から転倒されている。介助歩行していましたが、前方の方も後ろから誘導し、後ろから来られているのをこまめに観察していなかった。転倒した反動で頭部も打たれて、ご本人は泣かれ、左肩を押さえられていた。		
事故発生時の対応	対処の内容	頭部のクーリング実施、血圧測定後居室で横になって過ごしていただいている。肩は力も入り動いている様子であった。		
	治療した医療機関	森田整形外科、国立医療センター		
	治療の内容	頭部CT、胸部レントゲン		
	連絡済の関係機関	村上様		
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：鎖骨骨折にて手術が必要な為、国立医療センターへ紹介状を書いてもらう。 国立医療センター：染色体異常もあり気道も狭い為、麻酔ができなとの判断で保存的治療にて経過を見ることとなる。その後の通院は森田整形外科で対応となる。 上記の内容を後見人にお電話で報告している。		
	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) 再発防止検討会 実施日 令和 7 年 7 月 25 日(金) 16 時 00 分 参加者: 石井施設長・井島 通路としている場所が狭かったので、片側の列をずらし広くしています。また通路に置かれている他利用者様のシルバーカーはご本人が移動が終わってから置くようにします。混雑している場所、誰かと接触し転倒するリスクが高い場面は、向き合いながらの見守りを行います。また、安定した歩行ができるように筋トレやリハビリを検討し、居室やその他施設内で転倒しそうな箇所や要因はないかチェックを行い環境整備を行います。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7 7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
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名: A 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 7 年 7月 29日 18時10頃		
	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		
	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 支援員3名で手分けして配膳及び同時に服薬してまわりましょうと話し、「A氏の配膳をおねがいします」と別の支援員へA氏の薬と思い込み渡しています。その後、Z氏の薬がなく、A氏の薬が残っていることで気付いています。		
事故発生時の対応	対処の内容	医務に報告し指示を仰いでいます。菊陽病院に連絡し状況説明、医師より眠前薬から「リボトリール錠」を除薬し服薬するよう指示ありました。ふらつきがあるかもしれないのでバイタルチェックも行うように、水分も多めに摂って頂いてくださいとのことでした。→夜勤者に申し送りあっています。		
	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 菊陽病院		
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) 食後、バイタルチェックを行い消灯前に水分提供しています。ご家族へは謝罪の連絡を行い様子観察を行っています。		
	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 7月 30日(水) 9時30 分 参加者: 支援員の思い込みからの誤薬になっている。今回は薬を渡した職員と服薬者、どちらも確認を怠った為、再度マニュアル通りに確認を行います。また、薬を渡す際にダブルチェックを行っていきます。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7 年 7 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	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: A	年齢: 30	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 7 年 7 月 9 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)	☐ 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) 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	2025年6月末、Aさんより現金1,000円を預かっていたが、7月8日13時ごろ、Aさんの財布にお金を戻そうとした際に、財布および現金1,000円が紛失していることが判明した。また、当日の朝、Aさんの連絡帳が見当たらないという事態も発生しており、カメラの録画映像を確認したところ、前日7月7日にZさんが連絡帳をごみ箱に捨てていたことが確認された。なお、先週にもZさんがAさんの靴をごみ箱に捨てた行為があり、その際に注意を行っていた。		
事故発生時の対応	対処の内容	カメラ録画の確認により、連絡帳が捨てられた状況を特定。Zさんに財布の経緯を訪ねると、「6月25日作業室」と発言され、作業室のごみ箱を指さされている。カメラの録画には2週間前のことであったため残っておらず、確認は取れていない。		
	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) Aさんのご家族には、当日14時ごろに状況を説明。Zさんに対しては、同日16時ごろに説明を実施。紛失した現金1,000円については、施設側で補填する対応をとった。		
	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) 再発防止検討会 実施日 令和7年7月8日(火) 16時30分 参加者: 内田サビ管、嶋田、山川、板倉、阿部、三嶋 ごみ袋を廃棄する際には、必ず中身の確認を行う。ごみ箱の設置は、活動時および昼食時のみとする。Aさんの連絡帳等の提出物は、提出後すぐに支援室で保管する運用に変更。Zさんに対しては、ルール of 再確認と振り返り支援を継続して行う。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7

8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: A	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 7 年 8 月 22 日 8時50頃		
	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		
	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 朝食後女性棟へ向かっているときに、相談室前で薬が1錠落ちていたのを発見しています。		
事故発生時の対応	対処の内容	医務に報告し、落ちていた錠剤(マイスタン)がA氏以外飲んでおらず、本氏の夕薬であると推測しています。また錠剤が溶けている感じもなく、いつのものかも特定できない状況の為、様子観察を行っています。		
	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) ご家族へは謝罪の連絡を行い、今週の様子をお伝えしています。同時に様子観察を行っています。		
	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 8 月 22日(金) 15時50分 参加者: 再度服薬時のマニュアル確認を徹底し、誤薬・落錠に気を付けます。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7 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
	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	熊本市北区明徳町707-1		
事故の概要	発生日時	令和 7 年 8 月 27 日 午後4時49分		
	発生場所	熊本市中央区水前寺3丁目37-10(交差点)		
	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	時間帯右折禁止道路に進入している。		
事故発生時の対応	対処の内容	施設に連絡し、違反内容と送迎で送れることを伝えている。		
	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) 違反手続き中約10分利用者様2名には車内で待っていただいている。		
	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) 再発防止検討会 実施日 令和7年8月29日(金) 14時00分 参加者: 内田サービス管理責任者、嶋田生活支援員、、その他送迎スタッフ9名 ●「細道や抜け道」ではなく、大通りや幹線道路を優先して走行する。 ●知らない道は使わない ●慣れていない道路を「近道」として使わないよう徹底。 ●やむを得ず別ルートを走る場合は、事前にGoogleマップやナビで確認する。 ●標識の確認の徹底 ●「進入禁止」「右折禁止」「一時停止」など、送迎時に見落としやすい標識に特に注意する。 ●送迎前の打ち合わせで「危険箇所」や「標識の多い場所」を共有する。 「安全第一」「無理なショートカット禁止」		

(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→錦町）

熊本市障がいサービス課+錦町役場住民福祉課福祉係提出用 令和 7 年 8 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: 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 7 年 8 月 18 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 ☐ 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 与薬すべき就前薬を上司へ報告・相談を行わず、個人の判断にて服薬しなかった。		
事故発生時の対応	対処の内容	与薬すべき就前薬を上司へ報告・相談を行わず、個人の判断にて服薬しなかった。		
	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	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) 当日利用者様が発熱されており、就前薬服薬時間前にすでに就寝されていた為、中途覚醒時に与薬する、又は与薬しなくても良いのでは、と上司への報告・相談を怠り、個人の判断にて服薬をしなかった。		
	治療期間	なし		
	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 8月 19日 (火) 11時 11分 参加者: (石井施設長:電話確認)内服薬与薬判断は自己判断ではなく、上司へ必ず相談・報告を行い指示を仰ぐ事を徹底して行う。		

(注)記載しきれない、

(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→錦町）

熊本市障がいサービス+錦町役場住民福祉課福祉係提出用 令和 7 年 9 月 1 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: A 年齢: 31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 7 年 8 月 31 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 ☐ 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 21:00頃、A氏の服薬対応を日直者である支援員が行っている。初めにリスペリドン2包を水に入れるため、まとめていた薬包を外している。その後、錠剤等を一包化し忘れ、残っていた2包の内の1包とリスペリドン入りの水を服用頂いている。残りの一包(皮膚科の薬、デザレックス錠5mg)を服薬し忘れたまま、机の上に置いたままにしている。		
事故発生時の対応	対処の内容	薬が皮膚に関する薬である事、すでに就寝されており服薬対応が困難であったことから、医務の濱口看護師に確認をとり、服薬は行わず様子確認を行っている。		
	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	医務(濱口看護師)		
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)著変なく過ごされている。		
	治療期間	なし		
	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 9月 1日 (月) 11時 08分 参加者:B支援員、濱口看護師、井島サビ管、石井施設長 服薬マニュアルとして2包以上の薬の1包化を徹底する。服薬後、周辺の机上の再確認を行う。服薬時日直iPodのカメラ撮影だけでなく、支援員2人体制で服薬対応を行い服薬し忘れを防止する。土日は平日と違い帰省対応等他業務で忙しいが、服薬時服薬のみに集中する。		

(注)記載しきれない、

(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→菊池市）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7 年 9 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	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: A	年齢: 49	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 7 年 9 月 25 日		
	発生場所	チャレンジめいとくの里通所部玄関前		
	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	送迎車から降りて施設内へ入ろうと歩かれた時に足の力が入らず、転倒され顔面を打たれています。顔の傷や鼻からの出血ありました。		
事故発生時の対応	対処の内容	すぐ医務看護師・サビ管に状況報告して、看護師により怪我の処置、バイタルチェックを行っている。		
	治療した医療機関	ご家族のお迎えで帰られ、かかりつけ医を受診されています。		
	治療の内容	怪我の処置のみで、その他(骨折等)は大丈夫だったとご家族から報告を受けています		
	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) ご家族にも状況報告を行いました。足のふらつきが続いており、しばらくはめいとくの里の利用を休みますと話されています。		
	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9月25日 (木) 13時00分 参加者: 内田・嶋田・若宮 9月上旬から廃用性症候群のためふらつきが続いており、先週から少しふらつきがよくなったが、むしろ転倒が増えており、今後本人がどこまで症状が回復できるか不明のため、ご家族と相談員と含め今後の生活について検討していく必要がある。転倒防止に向けて安全に受け入れられるように、歩行器等を話して検討していきたい。送迎スタッフにも情報共有し、移動の際の付き添いの徹底を行う。		

(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→山鹿市）

山鹿市福祉課提出用

令和 7 年 9 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
			FAX番号	096-245-2344
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名: A	年齢: 56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 7 年 9 月 18 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: 令和 年 月 日 18:30頃、Z氏の服薬を日直者が行おうとした際に、Z氏がおられなかったため、服薬をしなかった。その後、A氏を服薬しようと考えたがZ氏の薬を服薬ボックスに戻さず、そのままZ氏の薬をA氏に服薬をしてしまった。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	誤薬した薬がアレルギー薬だったため、センノシドは服薬している。夕食後にバイタルチェックと様子観察を行う。		
	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	医務(濱口看護師)		
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) 著変なく過ごされている。		
	治療期間	なし		
	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9月20日 (土) 17時 30分 参加者: ・薬を取る前に本人がいるかの確認を行う ・持ち出して服薬できなかった場合は服薬ボックスに戻す ・服薬ボックスから持ち出し時のカメラへの確認を最初に行う 以上3点のマニュアルを厳守していく		

(注)記載しきれない、

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7

10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
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名：	年齢： 41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 7 年 10月 24日 12時50頃		
	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		
	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 昼食へ来られなかった為、お声掛けすると立ち上がれない様子が見られています。介助で移動して頂き食事を摂られています。その後も活気がなく右足をかばう様に歩かれている様子を確認しています。モニター確認し、前日から当日10:00までは歩行されており、10:08からソファに座られて以降、その場から全く動かれていない状況でした。該当日に転倒はなく、前日の13:00過ぎに発作による後方への転倒がありました。		
事故発生時の対応	対処の内容	医務に報告し、森田整形外科受診、胸部～腰部のレントゲン施行しています。原因つかめずより詳しい検査をしたほうが良いとの事で、国立機構医療センター救急外来を受診しています。ご家族にも同席して頂き、CT施行しています。結果は明らかな骨折や異常はないとの事、考えられる他疾患(腹部出血等)も見当たらないとの事でした。ぎっくり腰の可能性もいわれています。より詳しいMRI検査をしないと分からないとの事で29日(水)国立の整形外科受診する流れとなりました。29日整形受診し28日より歩行されている事と、迷走神経刺激手術をした方のMRI撮影は行っていないとのこともあり、経過観察となりました。		
	治療した医療機関	24日森田整形外科受診後、国立機構国立医療センター救急外来受診 29日国立機構国立医療センター整形外科受診		
	治療の内容	24日森田整形外科にてレントゲン 国立機構国立医療センターCT施行(痛み止め処方) 29日国立機構国立医療センター整形外科 診察のみ		
	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) 当日は活気がなく、腰が痛いとの訴えも聞かれていました。ご家族にも連絡・状況説明を行い、受診についても同席頂いています。前日の発作の様子・当日の歩行の様子の動画も見て頂いています。次回受診までは安静との事で、車いす使用し短期棟でベッドの部屋で静養していただいています。夜間帯はオムツを使用させていただき、安全を確保しています。徐々にご本人自身で動かれることが見られ始め、28日～は完全に自立して生活に戻られています。痛み等ないとの事でした。		
	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10月29日(水) 16時50分 参加者: 濱口看護師・荒木看護師・井島 今まで通り、発作の記録、また発作による転倒の記録を残すこと・転倒した際の外傷確認を引き続き残していきます。いつもと違う様子が見られた時は、医務と連携し受診の有無の判断をしていきます。		

(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		10 月		2 日	
事業所の概要	法人名								
	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	熊本市北区明德町707番地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	A		年齢	42 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	熊本市北区明德町707番地1							
事故の概要	発生日時	令和 7 年 10 月 2 日			18時20分				
	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 ☐ 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：令和 年 月 日							
	事故の内容	18:20夕食の服薬対応時、Z氏の服薬を行おうとZ氏の夕食薬を服薬BOXから取っている。A氏のところに向かう途中、A氏の服薬や対応といった別のことを考えていたため、間違っA氏にZ氏の薬(テグレート錠100mgを1錠、フェノバル錠30mgを1錠)を飲ませてしまっている。服薬直後に誤薬に気付き、濱口看護師・井島サビ管・石井施設長に連絡を行いA氏のかかりつけ医であるピネル記念病院に連絡・指示を仰いでいる。また、Z氏の服薬については、濱口看護師の指示のもと、明日の夕食薬BOXにセットされていた夕食薬をそのまま服薬対応を行っている。							
事故発生時の対応	対応の内容	18:20に誤薬後、本来の夕食薬は服薬せず様子確認をおこなっている。ピネル記念病院から、①「夕食薬は服薬せず様子観察を行う」、②「バイタル異常等特変あれば服薬は行わず様子観察を行う、特変なければ通常通り服薬」との指示あり、バイタルチェック等を行っている。特変なく、眠前薬の服薬を行う。							
	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	医務(濱口看護師)、井島サビ管、石井施設長、ピネル記念病院、ご家族(お父様)							
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) 18:30、濱口看護師・井島サビ管・石井施設長に連絡を行っている。18:40以降、3回の連絡に分けてピネル記念病院から都度指示を仰いでいる。 19:15 体温:36.0℃、血圧 116、79、p68 19:30にご家族に連絡するも不在、20:00折り返しの連絡の際に状況の報告・謝罪を行っている。 20:46 血圧 116、71、p75 特変なかったため20:47に眠前薬の服薬を行う。							
	治療期間	☐ 全治30日未満 ☐ 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 実施時 令和7年10月2日(木) 20時30分 参加者: ・服薬対応の際、他業務に気を取られないよう服薬のみに専念する。 ・服薬時、ご利用者様の前で「〇〇さん、夕食時のお薬です。」と確認し、「〇〇さんですね?」という本人確認を再度行うことで、チェック回数を増やし誤薬可能性を下げる。							

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7年 11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 FAX番号 096-245-2344
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名: A	年齢: 35	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 11月 16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 ☐ 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	11/16にご家族対応で耳鼻咽喉科の薬を受け取ったが、医務課へ申し送りがされておらず、服薬がされていない状態であった。11/18に他の支援員が連絡帳に薬が入れたままになっていることに気づき、今回の事態が発覚している。		
事故発生時の対応	対処の内容	アレルギーの薬であったため、経過の観察を行っている。 事態発覚時、深夜であったため翌日ご家族に謝罪の電話を行っている。		
	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) 特変なし。		
	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 11月 19日(水) 11時 00分 参加者: ・帰省時の日直者は連絡帳の確認を徹底する。 ・連絡帳を受け取った担当支援員は薬が申し送られているか確認を行う。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7年 11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： 不明	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	熊本市北区明徳町707-1		
事故の概要	発生日時	令和 7年 11月 22日		
	発生場所	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 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	M氏が食事介助席付近に、半分の錠剤が落ちているのを、清掃中に発見しています。		
事故発生時の対応	対処の内容	M氏の席に近いご利用者様の服薬に同じ形状の薬がないか医務科とも確認したが不明。		
	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) その後、ご利用者様の様子確認を行っていますが、特変なく過ごされています。		
	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11月22日(土) 9時 30分 参加者: 高瀧、服田 落錠を発見し、その後施設長、井島サビ管に確認指示を仰いでいます。落錠が再発しないようにマニュアル再周知を行います。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7

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	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: A	年齢: 41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 7 年 11月 20日 16時23頃		
	発生場所	チャレンジめいとくの里 男性棟トイレ内		
	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 モニター確認し、16:23保護帽をはめたままトイレに入られています。入られた後同時刻にトイレ前を通った下川支援員が頭部から出血されていたA氏を発見しています。倒れた瞬間は確認できておらず、道具庫の扉の銀取っ手に血痕が付着していたため倒れたさいに接触したと考えられます。その後居室に誘導し横になって救急車の到着を待たれています。		
事故発生時の対応	対処の内容	インカムで負傷の連絡が入り医務及び支援員が駆け付け状況確認を行っています。北部脳神経外科への受診を検討しましたが、怪我の状況から車での移動は困難と判断し、16:32に救急要請をしています(同時刻にご家族、理事長、施設長へ連絡しています)。16:44救急車到着、16:48柳井看護師と荒木看護師が同伴し搬送。		
	治療した医療機関	北部脳神経外科(救急搬送)		
	治療の内容	北部脳神経外科受診し圧迫止血後、頭部CT施行。消毒後ステープラにて8針縫合、ガーゼ、弾性包帯にて頭部保護。医師より頭部CT 上異常ありませんとのコメント頂いています。		
	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) 病院で処置後は帰園され、日中・夜間共にいつもと変わらない様子で過ごされています。ご家族へは電話連絡し「お世話になりました」といわれています。		
	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11月 21日(金) 8時 00分 参加者:濱口支援員、井島 モニター確認すると16:18娯楽室で保護帽を脱いで過ごされています。16:22自分で立って拾いに行き帽子をかぶりベルトをはめる仕草を確認しています。タイミングよく中央扉が開き男性棟に入りトイレに向かわれ事故が起きています。トイレに入る直前のモニターでは帽子の紐が取れている様子がありましたので途中で取れた可能性が考えられます。あご紐の改善(マジックテープ→カチツとはまるタイプ等)への変更を検討しています。また発作のある方の転倒から怪我へのリスクがある事の理解・周知を進め支援に当たります。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7

11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	就労継続支援事業B型
	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: A	年齢: 54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 7 年 11 月 12 日 13時12分頃		
	発生場所	チャレンジめいとくの里 就労継続支援事業B型棟		
	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 午後作業開始の挨拶時、立位状態から後方に転倒し、机の下の金属で後頭部を強打されています。近くにいた職員が大きな音に気付いてすぐに対応しています。ご本人は意識があり職員の声掛けに対して応答され、ふらつきがあったと言われています。けがの状態として、後頭部より少量の出血と傷口が5センチ開いていることを確認しています		
事故発生時の対応	対処の内容	B型職員が止血を行い、サービス管理責任者、医務、施設長に報告しています。看護師が消毒とガーゼ処置を行い、通院の指示がありました。家族に連絡し、現地で家族と待ち合わせてB型職員が北部脳神経外科に通院同行しています。CT検査では異常なく、傷も浅いと5か所ホチキス止めされています。医師より今日は安静にされ、明日消毒に受診するよう指示が 있습니다。一週間後、ホチキスを外されるとのことでした。		
	治療した医療機関	北部脳神経外科		
	治療の内容	北部脳神経外科にてCT検査実施、抗生剤を処方されている		
	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) いつもと変わりなく、会話もされており、食事でも完食され、午後からの活動に参加されようとされた時の転倒でした。痛いと言われますが、歩行可能で受診するまで座って声掛けにもはっきりと答えられています。診察までの待合室ではご家族に「今日は髪の毛洗えるのか」「頭を縫うときに坊主にされるのはいやだな」「保護帽(血がついた)を洗って」と笑みをうかべながら話されています。CT検査で異常がないと聞き、安心された様子でした。		
	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) 転倒に至る原因になるような段差もなく(絨毯の上での転倒)、ご本人が何かの要因でバランスを崩して転倒したものと思われるので、体力の維持のためにもストレッチの参加を促し、作業面での体の動きについて助言します。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7年 11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
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名: A	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 7年 11月 15日		
	発生場所	男性棟浴室内		
	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: 令和 年 月 日 入浴対応時、洗体後に支援員が洗い流そうとした際に、浴槽の縁にお湯を入れた桶をA氏自身が待てずに桶を持ち、体を流された。その際にそのまま足を滑らせておしりについて、反動で頭がシャワー台の洗面器を置くところにあたり裂傷した。本来なら流すのは支援員がするところだが、本人が洗い流すのを待てなかったことと、支援員が洗体時に使用したタオルを洗っていたことを優先した事が事故につながった。		
事故発生時の対応	対処の内容	転倒後、直ぐに生活支援員が駆け付けガーゼで止血するが、出血もあり、裂傷している状況であったため、北部脳神経外科に通院。		
	治療した医療機関	北部脳神経外科		
	治療の内容	スキンステープラー(縫合用の医療ホッチキス)2針縫合。		
	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) 出血量は少なめですが、手に血が付くことで傷周辺を気にし触る様子がありました。障害特性から多動で歩き回るため、支援員2名と通院。チラシやパンフレットを持ち40分ほど歩き回りながら診察を待っています。診察室へ入るといろいろなものが気になり、血圧を測ることは出来なかった。そういった状況の為、レントゲンを実施していません。縫合の時は横になる事に抵抗があり、病院のスタッフ含め4人がかりで対応しています。通院後、井島サービス管理責任者よりご家族へ連絡し説明しています。		
	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11月15日(日) 16時45分 参加者: 服田・井島・平川 本人の次のことをしたい、湯船に早く浸かりたいという特性を理解する。具体的には、本人の洗体後は洗い流すことを優先することと、職員がすぐに桶に触れる位置におきすぐ流せる状況と、本人が持たないように、環境面でも気を付ける事で危険予測し対応していく。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7年 12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： 34	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 7年 12月 4日 14時30分		
	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		
		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月4日朝に排便記録(ケアコラボ)を確認したところ、排便ー3日目であり本日座薬予定になっていた。午後より、実施予定時間を支援員へ確認した上で座薬挿肛した。その後、本日朝8時54分に普通量の排便があったことが別の支援員からの報告にて判明した。		
事故発生時の対応	対処の内容	様子観察行い、挿肛後、排便多量にあった。		
	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 菊陽病院		
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) ご家族へは謝罪の連絡を行い様子観察を行っています。		
	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 12月 4日(木) 14時40分 参加者:福山副施設長、柳井、富窪、荒木、今井 坐薬挿肛前に排便記録を再確認して実施する。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7年 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
			FAX番号	096-245-2344
	記載者職氏名			
対象者	氏名・年齢・性別	氏名: A	年齢: 75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 7 年 12月 18日 6時頃		
	発生場所	居室内		
	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時に新聞を支援員が居室へ届けに行くと、床に座りこまれていました。声掛けすると、「立てん、痛い」と言われています。排泄の訴えもあり立位を試みるが苦痛表情の為、車いすへ介助で移乗して頂いています。8時出勤の医務が確認時も動かせず苦痛表情があっています。定時巡回時は異常なし。通常5時、早い時は4時にトイレに行かれるとの事で、モニター確認その時間帯はトイレに出てこられていないので、トイレに行こうと思って起きた時に転倒したのではないかと思います。		
事故発生時の対応	対処の内容	8時出勤の医務が確認時も動かせず苦痛表情を確認しています。森田整形受診後、国立病院機構熊本医療センター受診。		
	治療した医療機関	森田整形外科・国立病院機構熊本医療センター		
	治療の内容	森田整形外科受診し、レントゲンの結果右大腿転子部骨折の診断あり。紹介状持参し熊本医療センター受診、レントゲン、CT後手術目的にて入院の運びとなりました。		
	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) ご家族:病院受診時に電話にて連絡し、熊本医療センターにて家族も同席し経緯と診察内容の説明を聞いています。妹さんから『すいません。お世話になります。』との言葉聞かれています。		
	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12月 18日(木) 15時 00分 参加者:石井施設長・福山副施設長・井島 今後術後の身体の様子をみて、必要な生活環境を整えていく(例:立ち上がりの補助や、転落防止のためにベッド柵を検討)。 これまで通り定時の巡回を実施。骨粗しょう症の可能性も考え、医療機関と連携していく。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7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	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： 41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 7 年 12月 12日 13時47分頃		
	発生場所	チャレンジめいとくの里 支援室廊下前		
	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	モニター確認し、13:47支援室前の廊下にて発作があった様子でした。その際に脱力し転倒される際に窓レールで顎を裂傷されています。			
事故発生時の対応	対処の内容	直ぐに支援員が駆けつけ止血やバイタル測定を行い、北部脳神経外科へ医務2名（濱口、荒木）同伴の元向かわれています。		
	治療した医療機関	北部脳神経外科		
	治療の内容	ステープラにて6針縫合されてます。頭部レントゲン施行し頭の方は出血もありませんでした。との事でした。		
	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) 事故後直ぐに連絡を入れています。また病院での処置後も連絡を入れています。ご家族からは「お世話になりました。ご迷惑をおかけしました。」といわれています。		
	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12月 12日(金) 17時 00分 参加者:濱口看護師、井島、高滝 保護帽も頭部裂傷を防ぐためにしていました。顎の部分は考慮していなかったため、その点も含めての保護帽の新調も必要と思われます。また見守り自体では事故は防げない為、今後も事故後の対応を迅速にしていきたいと思います。			

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7 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番地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	21 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							
事故の概要	発生日時	令和 7 年 12 月 10 日			14時35分			
	発生場所	熊本市北区梶尾町1379番地3						
	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：令和 年 月 日 同一法人事業者内の駐車場にて、バランスボールを両手に持って歩行しており視界が悪い状態であった為、設置されているポールに気づかず躓き転倒されている。転倒時、膝をついた後に顔を地面に打っている。両膝の赤み、下唇及び唇の下から出血を確認している。						
事故発生時の対応	対応の内容	支援員で止血を行いながらケア・ハピネス内へ誘導。その後ケア・ハピネスの看護師より応急処置していただいている。						
	治療した医療機関	池田医院						
	治療の内容	受診時の処置はなく、軟膏を処方されている。						
	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) ケア・ハピネスでの処置と並行して内田サビ管へ連絡を行い、内田サビ管よりご家族へ連絡。出血が落ち着いたところで止血を継続しつつめいとくの里へ帰園。その後個別対応で送迎を行い、ご家族対応で病院受診されている。ご本人は痛がる様子等なく、ご家族に引き継ぐまでの間落ち着いて過ごされている。翌日の利用時も変わりなく過ごされ、食事も普段通り摂ることが出来ている。						
	治療期間	☒ 全治30日未満 ☐ 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 12月 10日(水)15時50分 参加者：内田サビ管、金丸、高永、米田、若宮、山川 ・車両の停車位置を降車しやすいスペースの広い場所にする。 ・歩行時に物を持たないように職員間で周知、見守りを行う。						

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 7年

12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	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: 67	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 7年 12月 8日 16時45分		
	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		
	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 ご家族確認の為に後見人に本人の金銭出納帳および領収書の送付を行っていたが、返送されてきた出納帳が6月分、9月分(どちらもサインを頂く欄がある月)のみであった。その他の月の金銭出納帳と領収書の返送を依頼するために電話にて連絡を行っている。その際に必要ないものと思われて、処分してしまったとの報告を頂いている。		
事故発生時の対応	対処の内容	金銭出納帳をすり出し直し、井島サビ管が再度確認。また、領収書に関しては「支払い証明」を使用し、再度作成しなおす(現在再度作成中)予定としている。		
	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	村上様(後見人)		
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) 紛失書類に関しては後見人に説明を行い、再度作成を行う旨お伝えしている。		
	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 12月 9日(火) 参加者: 平川、井島サビ管 7月に出納帳の確認の為郵送にて送付される場合にレシートの同封が必要ない事が周知されていたが、失念していた為、周知事項の確認の徹底を行う。また、送付に関しては3か月事のご家族確認、サインが必要な際に行い、複数回分の確認がまともなようにする。		

(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）

合志市健康福祉部福祉課提出用

令和 7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	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:	31 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 7年 12月 10日 16時57分		
	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		
	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 16:57に常務理事が正面玄関から外に出られる際に一緒に正面玄関から出ていかれ、正門から敷地外に出られています。その後すぐに職員駐車場のスロープに向かわれ、退勤中の石井施設長の自家用車に向かわれています。17:00頃に石井施設長が保護し、そのまま施設内に戻られています。 施設内に戻られた後、ご家族に謝罪と説明の連絡を行っています。		
事故発生時の対応	対処の内容	16:57正面玄関より出られ、正門から外に出られている。 16:58森永事務員、平川が正面玄関から捜索に出る。 16:59理事長、薮下事務部長が自家用車で捜索に出る。 17:00職員駐車場入口のスロープで退勤時の施設長自家用車に近づかれ保護している。		
	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	ご家族(母)		
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) 帰園後は情緒面、体調面の変化は見られず、普段通りに地域交流スペースにて過ごされている。 ご家族には帰園後に電話にて無断外出の経緯(正面玄関から常務理事が開錠したことに合わせて外に出られた事、その後職員駐車場に向かわれた事、職員駐車場入り口のスロープで保護している事)の説明と謝罪の連絡をお電話にて行っている。ご家族からはその後の連絡帳にて「出られる」と誤学習している様子と今後しばらく留意して欲しいとのご意見を頂いている。		
	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) 再発防止検討会 実施日 令和7 年 12月 10日(水) 参加者:平川、井島サビ管 男性棟見守り者をできる限り2名体制での配置を行い、現場を離れる職員がいる際はインカムを使用しヘルプで入ることが出来る職員の確認を行う。 止むを得ず1名体制での見守りになる際は重点的に見守りが必要なご利用者様(無断外出の可能性のある方、発作がある方等)の所在把握の為、該当ご利用者様が死角にならないよう見守り位置の調整を行う。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 8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：	55 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 8年 1月 3日 23時30分		
	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		
	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 毎月の出納帳確認を担当支援員が行っている際に、保険者証が紛失していることに気が付いている。貴重品持ち出し表には12/18に連絡帳の準備を行った際に持ち出しの記録があり、その後返却の記録が残っていない状況であった。翌朝マネージャーに報告を行い、事務、サビ管不在の為、次回出勤時(1/6)に改めて相談、報告を行っている。		
事故発生時の対応	対処の内容	本人の現金ボックス及び、他ご利用者様の現金ボックスなどに紛れていないかの確認を行い、ご家族への貸し出し後返却の記録がなかった為、お電話にて翌朝1/4(日)にご自宅で保管されていないかの確認を行っている。ご家族からは預かっていないとの事で返答いただいているが、その後再度ご自宅を探して頂けるとの事であった。その後、支援室内に保管していないか確認を行い、次回帰省時(1/10～11)にご家族に直接確認を行っている。搜索の結果見つからず、紛失の為再発行の手続きを行っている。		
	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	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) 保険者証紛失中の通院等はなく、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) 再発防止検討会 実施日 令和8 年 1月 13日(火) 参加者:井島サビ管、平川 貴重品持ち出し表への持ち出し時、返却時の記載の徹底を行う。また、帰省時に持ち出しがある際にはご家族との認識の行き違いが無いよう、連絡帳に貴重品の貸し出しの旨記載を行う。		

(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）

合志市健康福祉部福祉課提出用

令和 8年 1月 14 日

事業所の概要	法人名	社会福祉法人 明德会		
	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	熊本市北区明德町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：	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	熊本市北区明德町707-1		
事故の概要	発生日時	令和 8年 1月 14日 13時58分		
	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 ☐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	本日13:58に正門から外に出られているのをモニターにて確認しています。その後すぐ各方面へ捜索に出ています。14:00に館内放送で本氏の無断外出を呼びかけ、14:03に当法人GH(400m先)前を歩いているところを支援員が発見し、一緒に施設へ戻ってきています。14:05に正門より施設内に戻られています。その後モニターにて確認を行うと13:55に地域交流スペースから男性棟に移動されており、13:56に男性棟通用口から建物外へ出られていることが確認出来ています。		
事故発生時の対応	対処の内容	13:56 男性棟通用口より建物外に出られる。 13:58 モニターにて正門より施設外へ出られたことを確認。 13:59 前田支援員、荒木看護師が正門より捜索に出る。 14:00 館内放送にて無断外出の旨を放送する。 14:00 理事長、井島サビ管、数下事務部長が自家用車にて捜索に出られる。 14:03 オレンジハウス前にて本人を発見し、支援員と一緒に施設に戻られる。 14:05 正門より施設内に戻られています。		
	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(母)		
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) 帰園後は情緒面、体調面の変化は見られず、普段通りに定時の水分補給を行い、その後入浴をされています。気分の高揚等も見られず落ち着いて過ごされています。 ご家族には帰園後に電話にて無断外出の経緯(活動中に男性棟通用口から出られ、正門より施設外に出られた事、支援室内の職員がモニターで確認し、すぐに捜索を行っている事、その後オレンジハウス前で保護し、正門より戻られたこと、およびその後の本人の様子に変わりがなく落ち着いて過ごすことが出来ている事)の説明と謝罪の連絡をお電話にて行っている。		
	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8 年 1月 14日(水) 参加者:平川、井島サビ管、松尾 今回の無断外出の背景として、活動に割り振られている職員が7名いる状況でしたが、実際活動時に活動に参加している職員は3名であった事、活動開始時に男性棟見守りにについていた職員がいた為、本氏の見守り把握者の依頼、明確化が出来ていなかったことがあげられます。 そのため、活動時、活動に割り振られている職員は原則活動に参加するようにする事。何か他のご利用者様の対応等で参加できない状況の場合等は活動の主の職員にインカム等を使用し必ず報告を行う事。 見守り把握が必要なご利用者様に関しては、誰が把握を行うのかを活動前に口頭で依頼を行い、見守り把握者を明確にする。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 8年

1月

30 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: A	年齢: 39	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 8年 1月 30日 13時30分		
	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)	☐ 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 サポートホールでA氏の物と思われる錠剤を1錠発見し、服薬ミスがあったことが発覚している。当該日の朝食時に夜勤者が服薬を行う際に他害行為を受け、錠剤を1錠落としている。日直者がすぐに気づき落ちた錠剤をすぐに服薬したが、おそらく2錠落ちており、そのことに気づかなかったため発生した事故だと推測される。		
事故発生時の対応	対処の内容	発覚後すぐに看護師に報告を行い、様子観察をするよう指示を受けている。発見した錠剤は具体的にいつの物か不明なため服薬していない。		
	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) 特変なく過ごされている。また、ご家族へ事の経緯を説明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		(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 8年 2月 1日(月) 参加者: 井島サビ管、 ・A氏が興奮されている場合はクールダウン後に服薬を行う。 ・落錠後に錠剤を数え、数に間違いがないか確認を行う。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用		令和		8 年		1 月		22 日	
事業所の概要	法人名	社会福祉法人会 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番地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	A		年齢	36 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番地1							
事故の概要	発生日時	令和 8 年 1 月 22 日			18時10分				
	発生場所	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を)	☐ 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：令和 年 月 日								
	事故の内容	18:10夕食の服薬対応時、B氏の服薬を行おうとして服薬ボックスからB氏の薬を取っている。B氏のところに向かったが、A氏をB氏と思い込んでいた為そのままB氏の薬(カルバマゼピン錠200mg、ピペリデン塩酸塩錠1mg)をA氏に服薬している。その時にマニュアル通りに声出し、指さし確認を行ったが、A氏に対して「あなたはBさんですか」という職員の問いに対して、「はい」と返答された為、十分な本人確認が出来ていなかった。その後一緒に服薬に入っていた別の職員がA氏の薬が残っていることに気づき、誤ってB氏の薬を飲ませたことを伝え誤薬が発覚した。							
事故発生時の対応	対処の内容	18:10に誤薬後、本来の夕食薬は服薬せず、様子確認を行っている。その後すぐにかかりつけ医である向陽台病院に電話し、指示を仰いでいる。向陽台病院から、①A氏の夕薬はそのまま服薬して良いこと。②バイタルチェックを行うこと。2点の指示を受けたため、A氏に服薬を行いバイタルチェックを行っている。							
	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	医務(濱口看護師)、井島サビ菅、石井施設長、福山副施設長、向陽台病院、ご家族(お母様)							
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) 18:20A氏の服薬を行っている。その後すぐにバイタルチェックを行い、医務(濱口看護師)、井島サビ菅、石井施設長に報告の連絡を行っている。19:00ご家族に状況の報告と謝罪の連絡を行っている。							
	治療期間	☐ 全治30日未満 ☐ 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8年1月22日(木) 20:15 参加者:後藤、濱口、杉本 再発防止のために以下の点に取り組む。 ・服薬時、その場にいる職員にその都度確認をしてから服薬する。 ・普段からご利用者様の顔と名前を一致させるように顔写真を持ち歩く。							

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 8年

2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	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: A	年齢: 59	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 8年 2月 9日 19時30分		
	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)	☐ 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 眠前薬服薬時に娯楽室の机の下でA氏の物と思われる錠剤を1錠発見し、服薬ミスがあったことが発覚している。与薬者が錠剤落ちる瞬間を見ていないため、本日落とした物であると断定出来ていない。		
事故発生時の対応	対処の内容	発覚後すぐに看護師に報告を行い、様子観察をするよう指示を受けている。発見した錠剤は具体的にいつの物が不明なため服薬していない。		
	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) 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) 再発防止検討会 実施日 令和 8年 2月 12日 (木)参加者:井島サビ管、 ・A様の正面から服薬をすることで、落錠に気づける位置で服薬を行う。 ・A氏は服薬時に下を向きがちなためスプーン等の自助具を使用し落錠を防ぐ。 ・上記2点を全体周知する。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 8年

2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	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:	41 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 8年 2月 20日	9時14分	
	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		
	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 地域交流ホールで発作を起こされ転倒されている。その際左眉上部を1cm程裂傷されている。		
事故発生時の対応	対処の内容	北部脳神経外科へ通院。ステープラーにて1針縫合し、カットバン、ガーゼにて保護を行う。異常なければ1週間後抜針予定である。		
	治療した医療機関	北部脳神経外科		
	治療の内容	ステープラーにて1針縫合し、カットバン、ガーゼにて保護。		
	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) 帰園後は支援員の見守りの元過ごされている。発作の前兆か14:10頃に目がうつろなご様子が見られたが、発作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) 再発防止検討会 実施日 令和 8年 2月 20日(金) 参加者:井島サビ管、小堀 ・事故発生日の朝から拒薬が見られ、発作発生まで服薬出来ていない状況があった。 日ごろからご本人とのコミュニケーションを取り、円滑な服薬が出来るよう支援を行う。 ・服薬が出来ていない時に見守り職員へその旨を申し送りし、転倒時に手を出せる位置での見守りを心がける。 ・拒薬と転倒防止の対策のケース会議を行う。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 8年

3 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	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：	59 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 8 年 3 月 21 日 16:00		
	発生場所	めいとくの里 女性トイレ		
	事故の種別 (複数の場合は、最も症状の重いものの)	☐ 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 当日朝に排便なし3日目を確認され、ケアコラボ(ケア記録システム)内にバイタルとして記録されていたにも関わらず、排便調整目的の坐薬を挿肛してしまっている。 坐薬挿肛後、記録を確認した際に8:47に排便があったことが判明している。		
事故発生時の対応	対処の内容	発覚後すぐに看護師に連絡を取り、指示を仰いでいる。 看護師より、受診不要・要経過観察との指示を受けている。		
	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) 特変なく過ごされている。 坐薬挿肛後、16:47に排便(普通量、泥状便)を確認している。 後見人に電話にて事故の経緯を説明し、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		(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 8年 3月 23日 (月) 9時 30分 参加者: ・座薬挿肛前に挿肛予定者がケアコラボ(ケア記録システム)にて直前の排泄状況を確認する。(漏れが無いように排便調整ボックスにも左記の文言を記載しておく。) ・記録漏れの可能性も考慮し、現場職員にも挿肛前に確認を行う。 ・挿肛後、調整者のケアコラボ内タイムラインにて「〇時〇〇分、座薬挿肛済」と記載する。 ・排便を確認した場合、ケアコラボ内のバイタルにて更新を行う。また、週末は①勤務者退勤時にケアコラボの記録と医務より作成してある排便チェック表の擦り合わせを行う。※排便チェック表にも排便があった旨の記載を行う。		

(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）

合志市健康福祉部福祉課提出用

令和 8 年 3 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	
記載者職氏名				
対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	年齢: 29	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 8 年 3 月 12 日		
	発生場所	男性棟職員入口		
	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	16:09、男性棟入口に見守り支援員2名、爪切り対応1名体制 爪切りをしていた支援員が本氏を居室誘導し爪切りを実施。爪切り終了後、男性棟入口方向に向かわれたがそのまま男性棟職員出入口より無断外出。 16:55、見守りをしていた支援員が居室、トイレを所在確認するが本人の姿がないため全館放送を実施し職員一同にて搜索開始。17:12 平川支援員によりほっともつと植木店で発見の連絡が入り、搜索していた牛島支援員が合流、保護し帰園。施設内に戻られた後ご家族に謝罪と説明の連絡を行っています。		
事故発生時の対応	対処の内容	16:08男性棟職員出入口、16:09正面玄関から無断外出。 16:55居室確認後不在の為職員一同にて搜索を開始。 17:12平川支援員によりほっともつと植木店で発見保護。		
	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) 怪我などはなく、帰園後は食堂にて夕食を食べられ居室にて落ち着いて過ごされています。また、ご家族へ電話にて状況の説明と謝罪を行っています。		
	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 8年 3月 13日 (金) 9時 30分 参加者:下川、霍田、小堀、井島サビ管 ・本氏の支援や対応後、集団へ戻るや離れる際は見守り職員への声掛けの引継ぎを必ず行う。 ・見守りの配置について:事故発生時、2人とも同じ見守り場所にいたため、死角を減らすためにも、人数に合わせて都度見守りポイントをお互いに声をかけ、どこを、誰を、見守りしているのか声を掛け合い変更していく。 ・見守り職員も私語などがないように意識改革も同時に必要と考え実施していきます。		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 8年 3月 20 日

事業所の概要	法人名	社会福祉法人 明德会		
	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	熊本市北区明德町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：	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	熊本市北区明德町707-1		
事故の概要	発生日時	令和 8年 3月 20日 10時26分		
	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 ☐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	見守り職員が3人いたが内2人が他利用者の排泄対応をしている状況でした。トイレの個室に入るのを確認していましたが、男性棟トイレ窓ねじを破損し建物外へ出られています。 当日の日直者が10:26に正門から外に出られているのをモニターで確認しすぐに捜索を行っています。10:27にオレンジハウス方面を歩いている所を支援員が発見し、一緒に施設へ戻ってきています。			
事故発生時の対応	対処の内容	10:22 男性棟通用口より建物外に出られる。 10:26 モニターにて正門より施設外へ出られたことを確認。 10:27 西澤支援員が正門より捜索に出る。 10:28 施設前の道路脇にて本人を発見し、支援員と正門より施設内に戻られています。 その後、男性棟トイレ窓ねじを再度打ちなおしています。		
	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(母)		
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) 帰園後はトイレ・外を気にする様子と気分の高揚が見られたため、支援員付き添いの元で外ウォーキングを行った後、普段通りに定時の水分補給を行っています。 ご家族には帰園後に電話にて無断外出の経緯(男性トイレより建物外へ、正門より施設外に出られた事、支援室内の職員がモニターで確認し施設前の道路脇にて保護し、正門より戻られたこと)の説明と謝罪の連絡をお電話にて行っています。		
	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 8年 3月 23日(月) 参加者:井島サビ管、西澤、杉本 ・見守りを行う職員の近頃無断外出が続いていたことの把握と、それに伴う職員の配置が行えていなかった ・排泄対応にて職員の見守りが不足していた このことから ・職員が見守りに入る際に近頃のヒヤリハットや事故報告を確認しておく ・見守りが少なくなる状況ではインカム等を使用し適宜職員の配置を行う ・無断外出の考えられる場所の点検を定期的に取り組む これらを徹底し取組んでいきます。 無断外出の考えられる場所の定期点検については後日の会議にて具体的な頻度等を検討します。			

(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）

熊本市障がいサービス課提出用

令和 8年

3月

1 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:	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 8年 1月 31日 16時00分		
	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		
	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 ご家族確認の為に本人の金銭出納帳および領収書(2025年10月分～2025年12月分)を一時外出の際にお渡ししていたが、12月分の領収書のみ返却いただいていない。その旨電話でご家族に連絡しており、ご自宅にあるとのことであった為、次回の一時外出の際に連絡帳に同封していただくよう依頼を行っている。その後も返却がなく、確認を一時外出ごとに行っているが、紛失したとのことであった。		
事故発生時の対応	対応の内容	領収書に関しては「支払い証明」を使用し、再度作成を行っている。		
	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	ご家族(母)		
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) 紛失書類に関してご家族に説明を行い、再度作成を行う旨お伝えしている。		
	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8 年 2月 14日(土) 参加者: 金銭出納帳と領収書の確認の為、ご家族へ貸し出す際の書類の貸し出し方法(コピーの使用や、出納長と領収書をホッチキスなどを使用し、ひとまとめの書類とする等)を次回の事業所会議で検討予定。		

(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)

熊本市障がいサービス課提出用

令和 8 年 3 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	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: A	年齢: 26	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8年 3 月 20 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		
	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 A氏の生活介護受け入れ時に、荷物チェックにおいて服薬の有無の確認ができておらず、本来夕食時に服薬すべき薬を服用できていなかった。 3/25にお母様からの電話にて、「3/20に服薬忘れがあったのではないか。」とのご指摘を受け、服薬忘れが発覚している。		
事故発生時の対応	対処の内容	ご家族からの連絡で飲み忘れが発覚している。		
	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	ご家族からの電話連絡		
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) 健康上異常はなかった。		
	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) 再発防止検討会 実施日 令和8年3月26日 (木) 9時40分 参加者: 受け入れ時の確認・共有について ご家族へ以下の事項を必ず確認する ・服薬状況 ・利用時間 ・本人の状態 確認した内容は、他職員へ連絡・共有を徹底する 服薬がある場合 医務職員とともに二重チェックを行う医務職員不在時は、他職員と二重チェックを実施する 祝祭日利用時の対応について(生活介護) 前日に受け入れ担当者へ 注意事項を記載した「利用チェックシート」を配布 当日はチェックを実施し 記入済みのシートを生活介護サービス管理責任者へ提出する		

(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）

熊本市障がいサービス課提出用 令和 8 年 3 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・生活介護	
	事業所番号							
	所在地	熊本市北区明徳町707番地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	39 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番地1						
事故の概要	発生日時	令和 8 年 3 月 7 日			15時20分			
	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 ☐ 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：令和 年 月 日						
	事故の内容	10月分の出納帳締め日に清算したところ、3,278円の余剰金が発生していることを確認し、事務およびサービス管理責任者へ報告した。確認の結果、6月12日付3,278円のレシートが6月のレシート欄から見つかり、余剰金と同額であったため、ご家族への未清算の預かり金と判断し、3,278円を収入、3,278円を支出(ご家族返金分)として出納帳に記載し清算した。最終金額が一致していたため、サービス管理責任者も確認し押印している。 その後、2月末に出納帳をご家族へ送付したが、3月3日にご家族より返却金について問い合わせがあり再確認したところ、収入・支出の記載に誤りがあり、出納帳内には3,278円の余剰金が残っていることが判明した。 なお、ご家族返却分3,278円は出納帳BOXで保管しており、次回帰省時に返却予定である。						
事故発生時の対応	対処の内容	事務、サビ管とともに金銭の流れ、レシートの不備等再確認するが、3278円多い状態のままである。ご家族には清算し直している旨お伝えし、確認次第出納帳を提示することをお伝えしている。						
	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(お母様)						
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) ご家族に説明を行い、ご家族返却分のお金を帰省時に返却する旨をお伝えしている。						
	治療期間	☐ 全治30日未満 ☐ 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 実施時 令和 8年 3月 8日(日) 16 時 00分 参加者： ・マニュアルの徹底→10月に余剰金が出た時に、金銭の流れを確認した際に持ち出し金の記載がしておらず、レシートと照らし合わせる事が出来なかったため、持ち出し金は都度記入し、返金の際も記入と確認の2重チェックを徹底する。 ・清算の迅速と確実性→レシート保管が長くなることで清算時の不備に気付けないため速やかに清算を済ませる。落ちたレシートを貼りなおす時は日付で判断せず、各月の計算欄と照らし合わせて貼り間違いがないようにする。・帰省があるご家族へは手渡しで確認していただく。						

(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。