

指定障害福祉サービス事業者・施設及び指定障害児支援事業者・施設 における事故等発生時の報告の取扱いに係る標準例

第1 目的

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法に基づく指定基準において、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設、指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、指定障害児通所支援事業者及び指定障害児入所施設（指定医療機関を除く。以下「事業者等」という。）は、利用者等に対する支援の提供（以下「サービス提供」という。）により事故が発生した場合には、都道府県、市町村及び利用者の家族等に連絡を行うこととされているところであり、発生後は、迅速な対応を行い、事故等の速やかな解決及び再発防止を行う必要がある。

第2 標準例

事故等の報告の取扱いについては、以下を標準とする。

この標準例は、事故発生時における関係機関への報告の取扱いについての指針として示すものであり、事業者等においてはこの標準例を参考としてマニュアル等を作成し、事故等の報告について万全を期されたい。

1 報告すべき事故の範囲

報告すべき事故の範囲は、原則、以下のとおりとする。

(1) サービス提供による利用者の事故等

ア 事故等とは、死亡事故の他、転倒等に伴う骨折や出血、火傷、誤嚥、誤飲等サービス提供時の事故により、医療機関で治療（施設内での医療処置を含む）、又は入院し、新たに心身に障害が加わるおそれがあるもの又は回復に日数を要するものを原則とする。ただし、比較的軽度な擦過傷や打撲など日常生活に大きな支障がないものを除く。

イ 事業者側の責任や過失の有無は問わず、利用者の自身に起因するもの及び第三者によるものを含むものとする。

ウ サービス提供には、送迎等も含むものとする。

(2) 食中毒、感染症（インフルエンザ、ノロウイルス（感染性胃腸炎）、0157他）の集団発生

(3) 従業者（職員）の法律違反・不祥事等利用者の処遇に影響のあるもの

(4) その他、火災、震災、風水害等の災害によりサービス提供に影響する重大な事故等

2 報告事項

(1) 市町村及び県への報告は、別添の標準様式を参考にする。

ただし、市町村で報告様式が定められている場合や、次の事項が明記されている書式がある場合には、それによっても差し支えない。

○事故等報告書に記載する事項

次に掲げる事項を記載するものとする。

ア 事業者（設置者）及び事業所（施設）等の名称、所在地及び電話番号（事業所（施設）等の責任者名、連絡先電話番号）

イ 利用者の氏名、住所、電話番号、年齢、性別、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳の等級、受給者証番号

ウ 発生日時及び発生場所

エ 事故の概要

原因及び対応を時系列に記載する。

オ 事故時の対応

治療した医療機関名、家族への連絡状況等を記載する。

カ 事故後の対応

利用者や家族の現況、再発防止への取り組み、損害賠償等の状況を記載する。

(2) 報告に際しては、その他必要と認める書類を添付する。

例) 事故発生場所の見取り図、サービス計画書、緊急時の連絡体制 等

3 報告手順

事故等が発生した場合は、速やかに家族に連絡するとともに、愛媛県所管地方局地域福祉課、市町村（支給決定を行う市町村及び施設が所在する市町村）に報告する。

また、当該報告のほか、関連する法等に定める届出又は報告義務がある場合はこれに従うこと。

例) 感染症の集団発生が疑われる場合には、速やかに嘱託医・協力医療機関に相談し、当該嘱託医等の判断のもと、当該嘱託医から管轄保健所に連絡する。

(1) 第一報

事業者は、事故等が発生した場合は、速やかに家族に連絡するとともに、所管地方局地域福祉課及び市町村に報告書を提出する。

緊急性の高いものは、電話又はファックス等により事故等発生の第一報の連絡を行い、その後速やかに報告書を提出する。

(2) 途中経過及び最終報告

事業者は、事故処理が長期化する場合は、適宜、途中経過を報告するとともに、事故処理について区切りがついた時点で、報告書を提出する。

4 その他

指定障害児入所施設（指定医療機関を除く。）については、サービス提供により事故が発生した場合の市町村への報告は必要ないので注意すること。（※施設の指定及び利用者の支給決定を県が実施しているため。）

(標準様式)

事故等報告書

様

報告年月日 令和 年 月 日

報告者

事業者（設置者）の名称及び所在地

Tel

事業所（施設）の名称及び所在地

Tel

責任者名

連絡先

利用者	氏名			住 所				Tel
	性別		年齢		身体障害者手帳	級	受給者証番号	
				療育手帳	A・B			
				精神障害者手帳	級			
事故の概要	発生日時	令和 年 月 日	時 分	発生場所				
	【概要（原因・経緯等）】							
事故時の対応	治療した医療機関名			医療機関所在地				
	【治療の概要】							
【家族等への連絡状況】								

事故時の対応	【利用者や家族の現在の状況】
	【事業所（施設）としての再発防止への取り組み】
	【損害賠償等の状況】
その他連絡事項	

※指定障害児相談支援事業者、指定障害児通所支援事業者及び指定障害児入所施設については、保護者氏名及び住所等を必要に応じて記入すること。