

## 障害福祉サービス事業者等における事故発生時の報告取扱い（標準例）

### 1 対象

障害者総合支援法及び児童福祉法に基づく施設又は事業所（以下「事業者」という。）

### 2 報告を要する事故

事業者は、障害福祉サービス等の提供時に別表①～⑤の事故等が発生したときは、事業者を指定する県又は市及び事故にあった利用者の支給決定市町村等（以下「県等」という。）へ速やかに報告を行う。

### 3 報告先

事業者は、2で定める事故が発生した場合、4の手順により、次の全てに報告するものとする。

(1) 事故にあった利用者の支給決定市町村

(2) 事業者を指定する県又は市

{	富山市所在の事業所：富山市障害福祉課
	その他市町村所在の事業所（身体・知的障害者対象）：富山県障害福祉課
	〃（精神障害者対象）：富山県健康課

(3) 事業所が所在する市町村

(4) 所管の県厚生センター又は富山市保健所（別表「②食中毒又は感染症の発生の場合」に限る）

### 4 報告の手順

(1) 事業者は、事故発生後、速やかに県等へ電話又はFAXで報告する（第一報）。

（電話の場合）

- ・連絡者の名前を名乗るとともに、県等の受付者の名前を確認する。

（FAXの場合）

- ・電話にて着信を確認する。
- ・報告書のうち、個人情報に該当する部分を伏せて送付し、着信確認時に個人情報部分を口頭で伝えるなど個人情報の保護に留意する。

(2) 事業者は、事故処理の経過についても、県等へ電話又はFAXで適宜報告する。

(3) 事業者は、事故処理の区切りがついたところで、別紙様式により県等へ報告する。

※第一報の時点から別紙様式を用いて報告し、(1)(2)(3)の順に、徐々に必要な箇所が埋まっていく形でもよい。

### 5 報告の様式

別紙様式「障害福祉サービス事業者等 事故報告書」を標準とする。

（各市町村で既に定められた書式がある場合は、それを用いて差し支えない。）

### 6 県等が行う調査への協力

事業者は、県等へ報告した内容に関する調査に協力するとともに、県等から指導又は助言を受けた場合は、必要な改善を行うものとする。

### 7 その他

この取扱いは標準例であり、各市町村が既に要領等を定めている場合は、その指示に従うものとする。

## 別 表

報告事項区分		留意事項
①	サービスの提供による利用者のケガ又は死亡事故の発生	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「サービスの提供による」とは、送迎、通院等の間の事故も含む。また、通所・入所サービス及び施設サービスにおいては、利用者が事業所・施設内にいる間は、「サービスの提供中」に含まれるものとする。</li> <li>・ケガの程度については、外部の医療機関で入院・通院を要したものを原則とし、事業者側の責任や過失の有無は問わず、利用者の事故過失や第三者によるケガであっても報告を要する。</li> <li>・利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性のあるとき（トラブルになるおそれがあるとき）は、県等へ報告すること。</li> <li>・利用者が、事故発生からある程度の期間を経てから死亡した場合は、事業所は速やかに、県等へ連絡若しくは報告書を再提出すること。</li> </ul>
②	食中毒又は感染症の発生	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症とは、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）」に規定する感染症を原則とする。</li> <li>・次のいずれかに該当する場合に県等へ報告すること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 同一の食中毒若しくは感染症による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤な患者が1週間内に2名以上発生した場合</li> <li>イ 同一の有症者等が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合</li> <li>ウ ア及びイに掲げる場合のほか、通常の発生動向を上回る食中毒又は感染症の発生が疑われ、特に管理者等が報告を必要と認めた場合</li> </ul> </li> <li>・初動の遅れによる食中毒及び感染症のまん延を防止する観点から、県等への報告とは別に、食中毒及び感染症の発生が疑われる場合には、所管の県厚生センター又は富山市保健所に第一報を行い、必要な指示等を得ること。</li> <li>※「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」（平成17年2月22日健発第0222002号、薬食発第0222001号、雇児発第0222001号、社援発第0222002号、老発第0222001号）に基づくもの。</li> </ul>
③	職員（従業者）の法令違反・不祥事等の発生	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の処遇に影響があるものについて報告すること。 （例）利用者からの預かり金の横領、送迎時の交通事故、利用者等の個人情報紛失など</li> </ul>
④	行方不明事案の発生	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が行方不明となり、外部の協力により捜索活動が必要となる場合及び利用者が見つかった場合に報告すること。</li> </ul>
⑤	その他、報告が必要と認められる事故の発生	<ul style="list-style-type: none"> <li>・その他、報告が必要と認められる事故とは、「震災、風水害及び火災等の災害により障害福祉サービスの提供に影響するもの」、「障害福祉サービスの提供により利用者の住居、家財、所持品等に損害を及ぼし、損害賠償責任が発生又は発生するおそれがあるもの」、及び「テレビ・新聞等で報道された事案（報道される可能性のある事案も含む）」等とする。</li> </ul>

# 障害福祉サービス事業者等 事故報告書（事業者→市町村 及び 県）

別紙

【事故発生後、速やかに提出してください。】

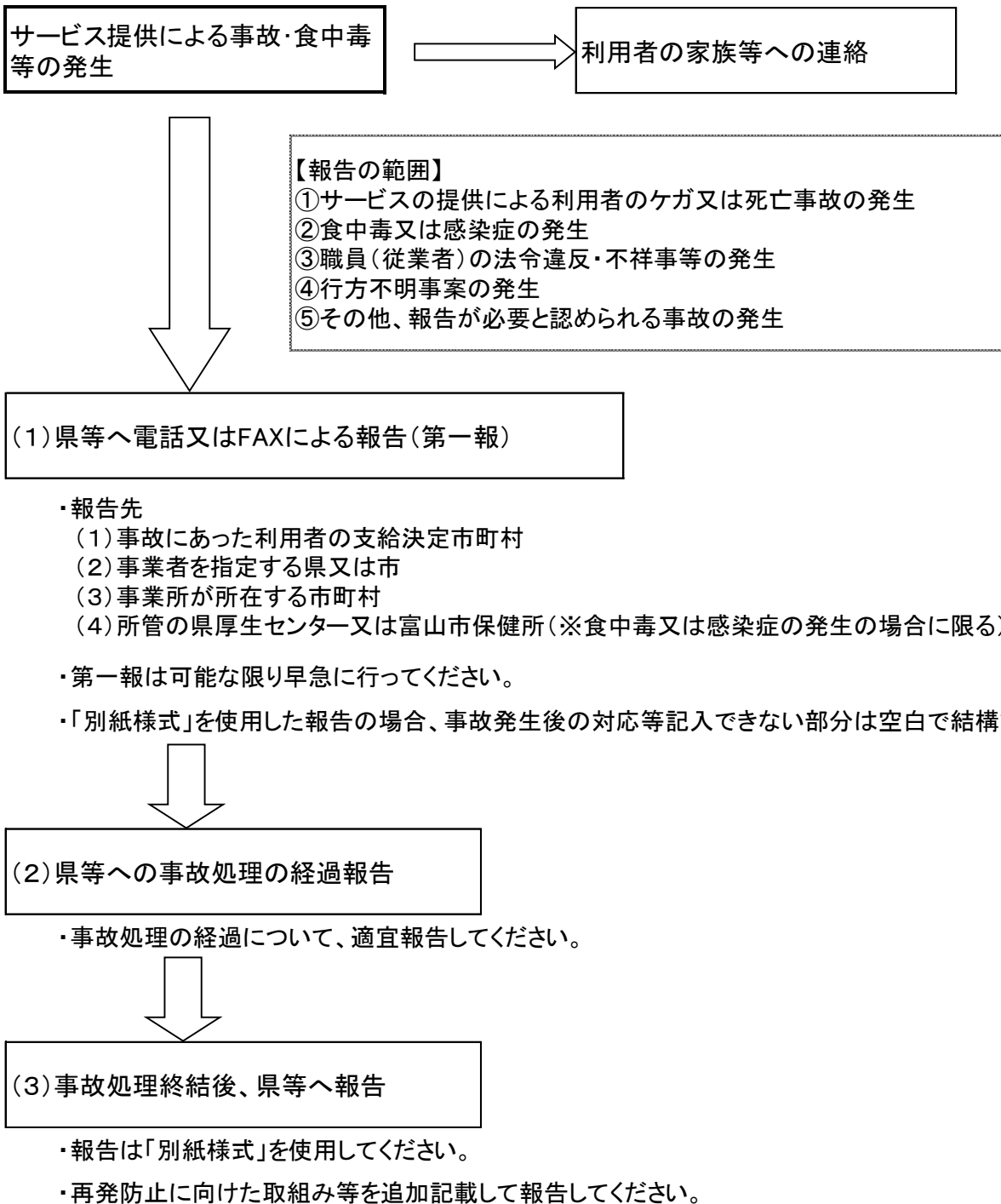
年 月 日

1 事業所の概要	法人名												
	事業所(施設)名												
	事業所番号	1	6										
	所在地											電話番号	
												FAX番号	
記載者職氏名													
サービス種類 (事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	<input type="checkbox"/> 同行援護及び行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 福祉型障害児入所施設 <input type="checkbox"/> 基準該当障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型障害児入所施設									
2 対象者	氏名・年齢・性別						年齢:				性別:		
	受給者証番号						サービス提供開始日	年	月	日			
	障害種別	身体 知的 精神			障害支援区分								
	住所・電話番号											電話番号	
保護者氏名(続柄)	氏名												
3 事故の概要	発生日時	年 月 日( ) 時 分											
	発生場所												
	事故の種類	<input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 感染症	<input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 法令違反等 <input type="checkbox"/> 虐待	<input type="checkbox"/> 失踪・行方不明 <input type="checkbox"/> その他( )									
	事故の内容 (事故発生状況)	(感染症等の場合は、疾患名、最初に患者が発生した日、利用者・従事者の発生者数、主な症状を記入すること)											
4 事故発生時の対応	対処の仕方	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)											
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等)											
	治療の概要												
	連絡済の関係機関												
5 事故発生後の状況	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況)											
	家族への報告、説明の内容	(連絡日時等もできるだけ詳しく記入すること)											
	経過	<input type="checkbox"/> 解決又は終結している。 <input type="checkbox"/> 継続している。(内容 )											
	損害賠償等の状況												
6 事故の原因分析及び再発防止に向けての今後の取り組み	(できるだけ具体的に記載すること)												

注1) 記載しきれない場合は、任意の様式に記載の上、この報告書に添付してください。

注2) 事業所(施設)における事故報告書と重複する部分については、当該事故報告書の添付をもって代えることができます。

## 障害福祉サービス事業者等事故報告フロー図



### 【注意】

県等へ報告を要する事故とは、次のとおりです。

- ・送迎、通院等の間の事故も含まれます。
- ・ケガの程度は、外部の医療機関で入院・通院を要したものを原則とします。
- ・利用者の自己過失や第三者に起因するものも含まれます。
- ・事業者の責任や過失の有無は問いません。
- ・病気等による死亡の場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性のあるときは含まれます。

