

## 社会福祉施設等における事故等発生時の報告事務取扱要領

### 1 目的

この要領は、児童福祉法（昭和22年法律第164号）、生活保護法（昭和25年法律第144号）、社会福祉法（昭和26年法律第45号）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）、介護保険法（平成9年法律第123号）および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（平成17年法律第123号）に規定する施設および事業所において、事故等が発生した際の市への報告に当たり必要とされる事項を定め、もって当該施設および事業所の適正な運営を図ることを目的とする。

### 2 対象施設・事業所および報告先（担当課）

別表「事故報告の対象施設・事業所および報告先（担当課）」のとおり

### 3 報告が必要な事故等の対象

#### (1) 事業者および役員・職員に関する事故または不祥事

- ア 不適切な会計処理
- イ 不法行為等

#### (2) 利用者処遇等に関する事故または不祥事

- ア 虐待等の不適切な処遇（体罰等の懲戒権濫用行為を含む。）
- イ 利用者の無断外出または行方不明
- ウ サービス利用中の事故
  - ① 骨折、打撲および裂傷等で、医師の診察を受け、通院または入院を要することとなったもの。
  - ② 誤飲、誤食、誤嚥および誤薬。
  - ③ 死亡事故（原則、病気による死亡を除くが、死因等に疑義が生じる可能性があるときは報告すること。）
  - ④ 受診など送迎中の事故、利用者の単独外出での事故（医療機関に受診したもの）等。
- エ 利用者によるサービス利用中の不法行為

#### (3) その他報告が必要な事故または不祥事

- ア 事件報道が行われた場合等
- イ その他必要と認められる場合

### 4 報告の方法

社会福祉施設等の施設長・管理者は、事故等が発生した場合は、発生時から30日以内に別表の施設、事業所の種別に応じて別記様式1または別記様式2（別表の1に掲載する施設・事業所の場合に限る。以下同じ）により担当課に報告すること。

ただし、緊急な報告を要する事故等が発生した場合は、直ちに電話・ファックス等により事故等の概要（関係者の状況、事故等の内容、実施した措置等）を担当課に報告した後、事故発生後7日以内に別記様式1または2により担当課に報告すること。

【緊急な報告を要する事故等】

- ア 利用者の死亡事故
- イ 役員・職員の不法行為（虐待、預り金着服、横領等）
- ウ 利用者等の不法行為
- エ 利用者等の失踪、行方不明（現在も捜査中のもの）
- オ 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を含む。）

5 その他

- (1) 事故等が利用者の死亡事故、利用者への虐待または役員・職員の横領など重大なものであるときは、報告書提出後に、担当課が実地により調査を行う場合があること。

附 則

この要領は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年7月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

別表

事故報告の対象施設・事業所および報告先(担当課)

1 老人福祉法, 介護保険法関係施設等

対象施設・事業所		報告先(担当課)		
		保健福祉部		
		指導監査課	高齢福祉課	
老人福祉法	介護保険法	高齢者担当	相談支援担当	
老人居宅介護等事業	訪問介護 介護予防訪問介護 第1号訪問事業(国基準訪問型サービス)	○		
	訪問入浴介護 介護予防訪問入浴介護	○		
	訪問看護 介護予防訪問看護	○		
	訪問リハビリテーション 介護予防訪問リハビリテーション	○		
	老人デイサービス事業	通所介護(宿泊サービス含む) 介護予防通所介護(宿泊サービス含む) 第1号通所事業(国基準通所型サービス)(宿泊サービス含む)	○	
	通所リハビリテーション 介護予防通所リハビリテーション	○		
老人短期入所事業	短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護	○		
	短期入所療養介護 介護予防短期入所療養介護	○		
	福祉用具貸与 介護予防福祉用具貸与	○		
	特定福祉用具販売 特定介護予防福祉用具販売	○		
	居宅療養管理指導 介護予防居宅療養管理指導	○		
	居宅介護支援	○		
	介護予防支援	○		
	介護老人保健施設	○		
	介護療養型医療施設	○		
	介護医療院	○		
	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護	○		
	地域密着型特定施設入居者生活介護	○		
	老人居宅介護等事業	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	○	
		夜間対応型訪問介護	○	
老人デイサービス事業	認知症対応型通所介護(宿泊サービス含む) 介護予防認知症対応型通所介護(宿泊サービス含む) 地域密着型通所介護(宿泊サービス含む)	○		
小規模多機能型居宅介護事業	小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護	○		
認知症対応型老人共同生活援助事業	認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護	○		
複合型サービス福祉事業	複合型サービス	○		
	第1号訪問事業(訪問型サービスA)	○		
	第1号通所事業(通所型サービスC)(宿泊サービス含む)	○		

対象施設・事業所		報告先(担当課)	
		保健福祉部	
		指導監査課	高齢福祉課
老人福祉法	介護保険法	高齢者担当	相談支援担当
養護老人ホーム	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護	○	
	上記以外	○	
特別養護老人ホーム	介護老人福祉施設	○	
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○	
軽費老人ホーム	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護	○	
	上記以外	○	
有料老人ホーム	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護	○	
	地域密着型特定施設入居者生活介護	○	
	上記以外	○	
生活支援ハウス			○
老人福祉センター	※総合福祉センター内老人福祉センターについては、保健福祉部地域福祉課(地域福祉担当)へ、湯川・谷地頭老人福祉センターについては、保健福祉部地域福祉課(福祉推進担当)へ報告すること。		

2 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関係施設等

対象施設・事業所		報告先(担当課)			
		保健福祉部			
		指導監査課	障がい保健福祉課		
		障害等担当	社会参加・事業担当	相談支援・精神保健担当	
事業所	居宅介護等	居宅介護	○		
		重度訪問介護	○		
		行動援護	○		
		同行援護	○		
	重度障害者等包括支援	○			
	療養介護	○			
	生活介護	○			
	自立訓練	○			
	就労移行支援	○			
	就労継続支援(A型)	○			
	就労継続支援(B型)	○			
	短期入所	○			
	共同生活援助	○			
	就労定着支援	○			
	自立生活援助	○			
	一般相談支援	○			
特定相談支援	○				
施設	障害者支援施設	○			
	地域活動支援センター		○(精神障害者関係を除く)	○(精神障害者関係のみ)	
	福祉ホーム			○	
支援事業所 地域生活	移動支援		○(精神障害者関係を除く)	○(精神障害者関係のみ)	
	日中一時支援		○(精神障害者関係を除く)	○(精神障害者関係のみ)	
	訪問入浴		○		

3 児童福祉法関係施設

対象施設・事業所		報告先(担当課)			
		保健福祉部	子ども未来部		
		指導監査課	子どもサービス課	子育て支援課	次世代育成課
		障害等担当	指導監査担当	母子児童担当	青少年担当
施設	保育所		○		
	認定こども園		○		
	認可外保育施設		○		
	母子生活支援施設			○	
事業所	児童発達支援	○			
	医療型児童発達支援	○			
	放課後等デイサービス	○			
	居宅訪問型児童発達支援	○			
	保育所等訪問支援	○			
	障害児相談支援	○			
	一時預かり		○		
	病児保育		○		
	放課後児童クラブ				○

4 生活保護法関係施設

対象施設	報告先(担当課)
	保健福祉部
	指導監査課
	法人担当
救護施設	○

5 社会福祉法関係施設

対象施設	報告先(担当課)
	保健福祉部
	指導監査課
	法人担当
無料低額宿泊所	○

6 報告先(担当課)電話・FAX番号

報告先(担当課)	電話番号	FAX番号
保健福祉部 指導監査課(法人担当)	21-3262	
保健福祉部 指導監査課(高齢者担当)	21-3926 21-3927 21-3923	21-3928
保健福祉部 指導監査課(障害等担当)	21-3925	
保健福祉部 地域福祉課(地域福祉担当)	21-3293	26-4090
保健福祉部 地域福祉課(福祉推進担当)	21-3022	
保健福祉部 高齢福祉課(相談支援担当)	21-3025	26-5936
保健福祉部 障がい保健福祉課(社会参加・事業担当)	21-3263	27-2770
保健福祉部 障がい保健福祉課(相談支援・精神保健担当)	21-3077	
子ども未来部 子どもサービス課(指導監査担当)	21-3059	22-2340
子ども未来部 子育て支援課(母子児童担当)	21-3273	27-6262
子ども未来部 次世代育成課(青少年担当)	32-1527	32-1506

別記様式1

社会福祉施設等における事故等の発生状況報告書

年 月 日

函館市長 様

法人所在地  
法人名  
代表者氏名

1 事故等が発生した施設・事業所

- (1) 種 別
- (2) 名 称
- (3) 所在地

2 事故等の分類

該当する□にチェックを入れてください。

利用者処遇等に関するもの	事業者および役職員に関するもの
<input type="checkbox"/> 死亡事故	<input type="checkbox"/> 不適切な会計処理
<input type="checkbox"/> 虐待	<input type="checkbox"/> 不法行為等
<input type="checkbox"/> 失踪・行方不明	その他
<input type="checkbox"/> 骨折・打撲・裂傷等	<input type="checkbox"/> 事件報道が行われた場合等
<input type="checkbox"/> 誤飲・誤食・誤嚥・誤薬	<input type="checkbox"/> その他必要と認められる場合
<input type="checkbox"/> 不法行為	
<input type="checkbox"/> 無断外出	
<input type="checkbox"/> その他	

3 被害者等の状況

- (1) 被害を受けた利用者または職員等の氏名等

住 所

(職) 氏名

(男・女)

年

月

日生 (

歳)

※身体状況 (身体障害者手帳, 療育手帳等の状況等)

①等級

③障がい名等

②部位

④要介護度・障害者区分

- (2) 傷病名等

ア 傷病名・部位

イ 傷病の程度

全治

日 (月)

- (3) 入所・利用開始 (採用) 年月日

年

月

日

4 事故等の発生の日時・場所

- (1) 日 時 年 月 日 (午前・午後) 時 分 (頃)

- (2) 場 所

5 当該事故関係者の状況

- (1) 当該事故関係者の住所・氏名等

住 所

(職) 氏名

(男・女)

年

月

日生 (

歳)

※身体状況（身体障害者手帳，療育手帳等の状況等）

①等級

③障がい名等

②部位

④要介護度・障害者区分

(2) 採用（入所・利用開始）年月日（職員の場合は略歴） 年 月 日

6 事故等の概要（必要に応じて見取り図を添付）

7 施設等が事故等を認知した日時および家族への対応等

(1) 事故認知日時 年 月 日（午前・午後） 時 分（頃）

(2) 認知した経緯

(3) 家族への連絡 年 月 日（午前・午後） 時 分（頃）

氏名（続柄）

8 施設・事業所の対応（対処の方法，受診医療機関，治療内容，治癒または治療予定，損害賠償（施設保険利用の有無）等）

(1) 事故発生時

(2) 今後

9 事故の原因分析と再発防止策（発生要因および再発防止策を具体的に記載すること）

(1) 原因

(2) 再発防止策

10 前回事故発生年月日（事故報告したもの） 年 月 日

〔 連絡先  
担当者 〕

注) ・ 報告書提出時に確定していない事項があれば，その旨記載し，別途報告すること。

・ 事故の対応を協議した事故防止委員会等の記録の写しを添付すること。

## 介護保険施設等における事故等の発生状況報告書

西暦      年      月      日

※ 事故発生から30日以内に提出すること。

※ 緊急な報告を要する事故等の場合は、電話等で速やかに第1報をした後、7日以内に提出すること。

1 事故 状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で 応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )										
	(死亡に至った場合)死亡日	西暦	年	月	日							
2 事業 所の 概要	法人名											
	事業所(施設)名											
	種別						事業所番号					
	所在地	〒 -										
	担当者職・氏名						電話番号			FAX番号		
3 対象 者	氏名				年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女			
	サービス提供開始日	西暦	年	月	日	保険者						
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他( )										
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					認知症高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M			
4 事故 の 概要	発生日時	西暦	年	月	日	時	分頃(24時間表記)	<input type="checkbox"/> 発生 <input type="checkbox"/> 認知				
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ・洗面所 <input type="checkbox"/> 廊下・階段 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣所 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	事故等の種別	利用者処遇に関するもの					事業者および役職員に関するもの					
		<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 虐待等の不適切処遇 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤飲・誤食・異食 <input type="checkbox"/> 無断外出・行方不明 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 利用者の不法行為 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明					<input type="checkbox"/> 不適切な会計処理 <input type="checkbox"/> 不法行為等 その他報告が必要なもの <input type="checkbox"/> 事件報道等 <input type="checkbox"/> その他必要と認められる場合					
	発生時状況・事故内容の詳細	(枠内に収まらない場合は別紙に記載し添付すること。)  ※時系列で具体的に記載すること。 ※必要に応じて図面等を添付。										
	その他の特記事項											
5 事故 発生 時の 対応	発生時の対応	(枠内に収まらない場合は別紙に記載し添付すること。)  ※時系列で具体的に記載すること。										
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 外来・往診 <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他( )										
	受診先	医療機関名						連絡先(電話)				
	診断名											
	診断内容	<input type="checkbox"/> 骨折   部位( ) <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 裂傷・擦傷 <input type="checkbox"/> その他の外傷( ) <input type="checkbox"/> その他( )										
	検査・処置等の概要											



6 事故発生後の状況	家族等氏名		続柄		西暦	年	月	日	時	分	(頃)	
	家族等への連絡・説明	連絡していない場合の理由										
		説明状況										
	関係機関への連絡	<input type="checkbox"/> 函館市 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他( )										
		日時・説明状況等										
本人・家族等への追加対応予定												
7 事故の原因分析 (本人要因, 職員要因, 環境要因の分析) ※具体的に記載すること。		(枠内に収まらない場合は別紙に記載し添付すること。)										
8 再発防止策 ※具体的に記載すること。		(枠内に収まらない場合は別紙に記載し添付すること。)										
9 その他特記すべき事項												

※ 報告書提出時に確定していない事項があれば、その旨記載し、別途報告すること。

※ 事故の対応を協議した事故防止委員会等の記録の写しを添付すること。

※ 誤薬事故の場合は、薬事情報を添付すること。

※ 「緊急な報告を要する事故等」は以下のとおり。

ア 利用者の死亡事故

イ 役員・職員の不法行為(虐待, 預り金着服, 横領等)

ウ 利用者等の不法行為

エ 利用者等の失踪, 行方不明(現在も捜査中のもの)

オ 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を含む。)