

社会福祉施設等に係る通報への初動対応マニュアル
【法人・事業所用抜粋版】

令和元年10月

奈良県福祉医療部

法人・事業所の皆様へ

平素は県の福祉医療行政に多大なご協力をいただき、誠にありがとうございます。

今般、県福祉医療部におきまして、所管する社会福祉施設、介護サービス事業所、障害福祉サービス事業所等（以下「社会福祉施設等」という。）等に係る通報への初動対応のためのマニュアルを作成しました。

マニュアルの中では、施設内の事故・事件に係る通報があった場合、速やかに状況を把握するため、下のとおり報告書の様式を定め、通報のあった施設に所管課への報告を求めることとしています。

つきましては、報告を求めた際には速やかに別添様式による報告対応をよろしくお願いいたします。

（※なお、例えば介護保険事業者事故等報告書のように、各法令・要綱等で定まっている報告様式があればそれに代えていただいてもかまいません。）

| 報告対象 | 報告期限 | 報告事項 |
|---|---|----------------------|
| 事故・事件等 ・死亡 ・重症 (入院期間が1月を超えると見込まれるもの等) ・その他の事故 | ・県より連絡後、可能な限り速やかに通報対象施設等から第一報の報告をお願いします。 ・さらに、第一報から1週間以内に通報対象施設等から第二報の報告をお願いします。 | ・様式3-1 ・様式3-2 |
| ・入所者等の行方不明 | ・県より連絡後、可能な限り速やかに第一報の報告をお願いします。 ・発見時に最終報告をお願いします。 | ・様式3-3 |
| ・法人役員・職員の法令違反、不祥事の発生等 | ・県より連絡後、可能な限り速やかに第一報の報告をお願いします。 | ・任意様式 |

事故等発生報告書【死亡・重症・事故】（第1報）

該当項目を○で囲むこと

年 月 日

課（室）長 様

法人名 _____

施設名 _____

施設長（代表者）名 _____

| | | | | | |
|---------|---|---|--------------|---------|---------|
| 事業所 | 施設種別 | | | 記載者職・氏名 | |
| | 所在地 | | | 電話番号 | |
| 対象者 | 氏名 | 男・女 | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳） | 出身地 | | |
| | 入所年月日 | 昭・平・令 年 月 日（ 歳） | | | |
| | 障害の状況 | 支援区分（ ） | 支給決定市町村 | | |
| | 直近の状況 | | | | |
| 身元保証人 | 氏名 | 上記との関係（ ） | | | |
| | 住所 | | | | |
| 事故等の概要 | 発生日時 | 年 月 日（ ） | 午前・午後 | 時 分 | |
| | 対象者の状況 | <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日時： 年 月 日 時 分） <input type="checkbox"/> 虐待（疑いを含む） <input type="checkbox"/> 入院（入院日： 年 月 日 退院見込： 頃） <input type="checkbox"/> 入院外 | | | |
| | 発生場所 | <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| | 事故等の種別 | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 支援中の負荷 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 殴打 <input type="checkbox"/> 送迎バス等交通事故 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| | 事故等の程度 | <input type="checkbox"/> 骨折（部位： ） <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼（部位： ） <input type="checkbox"/> 外傷（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| | 事故等の発生状況 | <input type="checkbox"/> 支援中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の見視可能 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| | 事故発生時の職員勤務状況 | | | | |
| | 事故等の概要 （経緯や対応状況 について時系列で 記入して下さい） | 日時 | 対応状況・今後の対応予定 | | |
| 対応概要 | 報告状況 | 報告先 | 報告日時 | 報告先 | 報告日時 |
| | | 警察 | （ / ） : | 市町村（ ） | （ / ） : |
| | | 病院 | （ / ） : | その他（ ） | （ / ） : |
| 緊急搬送の有無 | <input type="checkbox"/> 有（連絡日時 年 月 日 時 分）（搬送日時 年 月 日 時 分） （搬送先： ）（診断結果： ） <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 家族への説明 | 説明状況、内容 | | | | |
| | 家族の意見、指摘等 | | | | |

事故等発生報告書【死亡・重症・事故】（第2報）

該当項目を○で囲むこと

年 月 日

課（室）長 殿

法人名

施設名

施設長（代表者）名

| | | | | |
|-------|------------|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 事業所 | 施設種別 | | 記載者職・氏名 | |
| | 所在地 | | 電話番号 | |
| 対象者 | 氏名 | 男・女 | | |
| | 発生日時 | 年 月 日（ ） | 午前・午後 | 時 分 |
| | 第1報報告日 | 年 月 日（ ） | 午前・午後 | 時 分 |
| 事故等対応 | 利用者の状況 | | | |
| | 家族への対応 | | | |
| | 損害賠償 | <input type="checkbox"/> 有（予定を含む） | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 未定 |
| 再発防止策 | 事故等の原因 | | | |
| | 利用者個人への対応 | | | |
| | 事業所全体での対応策 | | | |

* 発生後、1週間以内に第2報を報告すること。

入所者等の行方不明に係る報告書【発生・発見】

該当項目を○で囲むこと

年 月 日

課(室)長 殿

法人名 _____

施設名 _____

施設長(代表者)名 _____

| | | | | | | |
|-------|--------------------------------|--|---------|------------------|---------|--|
| | 施設種別 | | | 記載者職・氏名 | | |
| | 所在地 | | | 電話番号 | | |
| 対象者 | 氏名 | 男・女 | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) | 出身地 | | | |
| | 入所年月日 | 昭・平・令 年 月 日 (歳) | | | | |
| | 障害の状況 | 支援区分 () | 支給決定市町村 | | | |
| | 直近の状況 | | | | | |
| 身元保証人 | 氏名 | | | | | |
| | 住所 | 上記との関係 () | | | | |
| 事案概要 | 発生日時 | 年 月 日 () | 午前・午後 | 時 分 | | |
| | 対象者の状況 | □発見(日時: 場所:) | | □捜索中 | | |
| | 発見後の状況 | □死亡 □入院(入院日: 年 月 日 退院見込: 頃) □入院外 □治療の必要性なし | | | | |
| | 負傷の程度 | □骨折(部位:) □打撲・捻挫・脱臼(部位:) | | □外傷 () □その他 () | | |
| | 死亡・負傷の原因 | | | | | |
| | 概要 (経緯や対応状況について時系列で記入して下さい) | 日時 | 対応状況 | | | |
| | | | | | | |
| 対応概要 | 報告状況 (該当する項目のみ記入して下さい) | 報告先 | 報告日時 | 報告先 | 報告日時 | |
| | | 医師 | (/) : | 市町村 | (/) : | |
| | | 管理者 | (/) : | 警察 | (/) : | |
| | | 担当支援者 | (/) : | 消防 | (/) : | |
| | 家族等 | (/) : | その他 () | (/) : | | |
| | 緊急搬送の有無 | □有(連絡日時 年 月 日 時 分) (搬送日時 年 月 日 時 分) (搬送先:) (診断結果:) □無 | | | | |
| | 家族への説明 | 説明状況、内容 | | | | |
| | 家族の意見、指摘等 | | | | | |
| | 再発防止策 | | | | | |
| | 今後の対応予定 | | | | | |
| | 損害賠償 | □有(予定を含む) □無 □未定 | | | | |

【参考】介護保険事業者事故等報告書

介護保険事業者事故等報告書

保険者名 _____ 市・町・村 _____ 報告日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | | | | |
|---------------------------|---|--|--|---|
| 事業所名等 | 事業所（施設）名 | | | |
| | 所在地 | | 電話番号 | |
| | | | FAX番号 | |
| | 報告者名 | | | |
| 利用サービス （事故が発生したサービスにレ） | <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 | <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 その他（ _____ ） |
| 入所者（利用者）氏名等 | (フリガナ) _____ | | 性別： 男・女 _____ | 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳） |
| 事故の概要 | 事故発生日時 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 【 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 入浴中 <input type="checkbox"/> 送迎中 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 】 | | |
| | 発生場所 | | | |
| | 事故の種別 | <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 異食・誤えん | <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 | <input type="checkbox"/> 感染症等 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |
| | 事故発生時の状況 | 死亡に至った場合はその死亡年月日： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | |
| 事故発生時の状況 | 事業者の対応 | | | |
| | 受診状況 | 外来 ・ 入院 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分頃 | | |
| | 治療の概要 | | | |
| 事故発生後の対応 | 利用者の状況 | | | |
| | 家族への連絡、説明内容 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分頃 [方法] 電話・その他 家族の氏名又は続柄： _____ | | |
| | 経過 | <input type="checkbox"/> 解決又は終結 <input type="checkbox"/> 継続中（内容 _____ ） | | |
| | 損害賠償等の状況 | | | |
| 事故原因・原因分析 | | | | |
| 再発防止に向けた今後の取り組み方針 | （できるだけ具体的に記載すること） | | | |

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。