|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事　　故　　報　　告　　書** | | | | | |
| 江戸川区障害者福祉課長　 殿 | |
| 事業者（法人）名及び代表者名 | | | | | |
| 事業所名 |  | | | 事業所所在地 |  |
| サービス種別 |  | | | 事業所管理者名 |  |
| 担当者 |  | | 連絡先 | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　利用者 （事故当事者） | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | 受給者証番号 | |
| 氏　名 |  | | | 地域生活支援事業 |  |
| 障害児通所支援又は  障害福祉サービス |  |
| 性　別 |  | 年　齢 | 歳 | 障害支援区分等 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ２　事故の概要 | 発生日時 | 令和 |  | 年 | |  | 月 |  | 日 |  | 曜日 |  | 時 |  | 分(24時間表記) | |
| 発生場所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故  類型 | 1.死亡事故　　2.入院を要した事故　3.医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故  4.薬の誤投薬　5.無断外出・行方不明　6.感染症の発生　7.送迎車両の車内の利用者の置き去り事故  8.事件性のあるもの　9.保護者や関係者とのトラブル発生が予想されるもの　10.施設運営上の事故  11.区市町村に虐待通報をした場合　12.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 2について、持病による入院を除きます。4について、事案が発生した時点で報告してください。  10について、不正会計処理や送迎中の交通事故、個人情報の流出等を想定しています。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 概要 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 経緯 | 時刻 | | | 対応（5W1Hを明確にし、具体的客観的に記載してください） | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |
| 発生  原因 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故時の  人員配置 | 事故発生時の利用者数  （当事者含む） | | | | | | | |  | | | | | | 名 |
| 事故発生時の支援員数  (直接支援に従事していた職員数) | | | | | | | |  | | | | | | 名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ３　事故時  　　の対応 | 対応・治療・診断等 |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 治療した医療機関 |  | 医療機関 所在地 | | | |  | | | | | | | |
| 家族等への連絡 | 連絡時刻 | 令和 |  | 年 |  | | 月 |  | 日 |  | 時 |  | 分 |
| 連絡した職員 |  | | | | | | | | | | | |
| 対応した家族等 |  | | | | | | | | | | | |
| 〔家族の状況、連絡時の反応〕 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ４　事故後  の対応 | 利用者の現況 | |  | | |
|  | | | | |
| 今後の対応と再発防止策 | | | 再発防止策の実施期間【　　　　　　　　～　　　　　　　　】 | |
|  | | | | |
| 上記再発防止策について、全職員に周知をした。　　　　　　はい | | | | |
| 周知の方法 | 1.ミーティングでの共有　　　　　　2.書面での共有　　　　　3.そのほか（　　　　　　） | | | |
| 損害賠償、医療費等の負担状況 | | | 有　・　無 | 該当に○を記入し状況等を記載 |
|  | | | | |
| ○事故発生後は速やかに事故報告書を作成し、電子申請にて提出してください。 | | | | | |
| ○記載しきれない場合は、適宜別紙を添付してください。 | | | | | |
| ○複数の当事者が存在する事故については、当事者ごとに報告することを原則としますが、利用者欄以外の | | | | | |
| 記載内容が同じ場合には、当事者一覧を添付することにより、一括して報告できるものとします。 | | | | | |
| ○区から指示があった場合、別紙の「再発防止策の実施状況報告書」を提出してください。 | | | | | |

【提出先】江戸川区 福祉部 障害者福祉課 事業者支援係