

障がい児通所(相談)支援事業者等 事故等報告書

(報告日) 令和 年 月 日

(宛先) 高槻市長

事業者	法人名					
	事業所名	事業所電話	- -			
	事業所所在地	〒 -				
	管理者名	印	報告者名(職名)	()		
	サービス種別	児童発達支援 居宅訪問型児童発達支援	児童発達支援(治療を伴うもの) 保育所等訪問支援	放課後等デイサービス 障がい児相談支援		
対象者	(フリガナ)		性別	男	女	
	氏名		生年月日	平成 年 月 日	() 歳	
	住所	〒 -				
	受給者番号					
	障がい者手帳	無し	有り	➔	手帳名称	等級
事故の概要	事故発生日時	令和 年 月 日	時 分頃			
	場所	【 支援中 食事中 送迎中 その他 () 】				
	事故の種類 (複数の場合はすべてチェックを入れる)	<input type="checkbox"/> 利用者の死亡 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 介護等ミス <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 () <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 事業所等の事故(火災等) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 職員の不祥事・法令違反 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	事故の内容	<p style="font-size: small;">事故発生時の職員体制や利用者の状況も記載 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・従業員の発生者数、主な症状を記載</p>				

事故時の対応	対処の方法	時刻等も出来るだけ詳しく記入すること						
	治療を行った医療機関等	医療機関等名						
		所在地						
治療等の内容								
事故後の対応	家族等への連絡状況	事業者側連絡者			保護者側対応者			
		連絡日時	令和	年	月	日	時	分頃
		対応状況理解等						
	その他連絡した関係機関等	子育て支援課	福祉指導課					
		その他 ()						
その後の利用者の状況	入院・通院の有無等							
損害賠償等の状況								
再発・未然防止のための取組	事故の要因分析							
	再発防止の取組(改善策)							
	職員への周知方法							
その他の特記事項								

(提出先)

高槻市の支給決定者が関係している場合：高槻市子育て支援課 児童発達支援チーム TEL 072-686-3032

上記以外

：高槻市福祉指導課 障がい福祉事業チーム TEL 072-674-7822

障がい児通所(相談)支援事業者等 事故等報告書

(報告日) 令和 年 月 日

(宛先) 高槻市長

記入例

提出日

事業者	法人名	(社福)たかつき					
	事業所名	たかつき放課後デイ	事業所電話	- -			
	事業所所在地	〒 -	押印忘れずに!				
	管理者名	たかつき たろう 印	報告者名(職名)	()			
サービス	児童発達支援		児童発達支援(治療を伴うもの)		放課後等デイサービス		
(フリガナ)	法人が実施している事業ではなく、今回報告する対象のサービス事業を記入してください。複数事業にまたがる場合は、複数の事業名を記入すること。		問支援	障がい児相談支援			
対象者	氏名			性別	男	女	
	住所	けが等をされた当事者のお名前を記入してください。対象が利用児童でない場合などは、わかる範囲で記入してください。					
	受給者番号						
	障がい者手帳	無し	有り	手帳名称	療育手帳	等級	B1
事故の概要	事故発生日時	令和 年 月 日		15 時 30 分頃			
	場所	療育室					
	事故の種類 (複数の場合はすべてチェックを入れる)	<input type="checkbox"/> 利用者の死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input checked="" type="checkbox"/> 介護等ミス <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 () <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 事業所等の事故(火災等) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 職員の不祥事・法令違反 <input type="checkbox"/> その他 ()					
事故の内容	<p>前後の状況も含めて、詳しく記載してください。 利用者氏名や職員氏名は実名で記載してください。</p> <p>(例)当日は利用児童9人に対して、職員が5人で対応していた。 自由遊びの時間で、各自が好きなことをしており、当該児童は療育室の中央付近でバランスボールで職員 と1対1で遊んでいた。 15:30頃、遊んでいる途中で、テンションが上がり、飛び跳ねる感じになって来たが、体がついていなくて制御できなくなり、バランスを崩し、床に倒れた。床に倒れる際に右手を出したが、その際に右手小指を床にぶつけ、突き指状態になった。</p> <p>事故発生時の職員体制や利用者の状況も記載 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・従業員の発生者数、主な症状を記載</p>						

事故時の対応	対処の方法	<p>(例) 当該児童は痛みのためにパニックになり、大声で泣き続ける様子だったので、声をかけながら、職員 が抱きかかえて静養室へ移動する。すぐに患部を冷やし様子を見たが、患部が腫れてきたので、湿布を貼る。 15:50頃保護者へ連絡し、病院を受診する旨を伝え、病院へ向かう。</p> <p>時刻等も出来るだけ詳しく記入すること</p>					
	治療を行った医療機関等	医療機関等名	<p>実際に診察や相談を行った医療機関を記入してください。</p>				
		所在地					
治療等の内容	<p>(例) レントゲン撮影し骨に異常がないか確認。右小指第一関節の剥離骨折が認められたため、ギプスで固定し患部を保護する。3日分の痛み止めの薬を処方してもらう。</p>						
事故後の対応	家族等への連絡状況	事業者側連絡者		保護者側対応者		利用者との関係	母
		連絡日時	令和 年 月 日 15時50分頃				
	対応状況理解等	<p>15:50頃保護者へ連絡し、15時半頃にバランスボールで転倒し右手小指を突き指した様子であること、泣いている状況を説明し、病院を受診すると伝える。心配されて17時頃病院へ来られ受診に同席される。受診後に再度事故の状況と保険対応等の説明を行いご理解いただく。通院支援の申出に対しては、保護者が行うと断られた。</p>					
	その他連絡した関係機関等	<p>子育て支援課 福祉指導課</p> <p>その他 ()</p>					
	その後の利用者の状況	<p>3日目に再度病院を受診し患部の状態を確認。全治 週間と診断され、定期的に保護者の付き添いにより、通院することとなった。 事業所の利用を継続するにあたって、 などの注意事項を確認した。 1週間後から利用児童は元気な様子で通所している。</p> <p>入院・通院の有無等</p>					
損害賠償等の状況	<p>(例)施設賠償保険で対応。(保険会社 保障内容:通院 円)</p>						
再発・未然防止のための取組	事故の要因分析	<p>バランスボールで遊び、1対1で対応していたが、テンションが上がってしまい、このような事故になった。</p>					
	再発防止の取組(改善策)	<p>今後は、一旦やめる事ができるように、あらかじめ、ジャンプする回数を決めて遊ぶ等、テンションが上がる前にやめる事ができる様、指導員が誘導する。</p>					
	職員への周知方法	<p>毎日のミーティング時に職員間で共有した。</p>					
その他の特記事項							

(提出先)

高槻市の支給決定者が関係している場合: 高槻市子育て支援課 児童発達支援チーム TEL 072-686-3032
上記以外 : 高槻市福祉指導課 障がい福祉事業チーム TEL 072-674-7822