

参考資料

(運営管理・利用者支援)

目 次

- 1 秘密保持等誓約書
- 2 個人情報使用同意書
- 3 サービス提供記録
- 4 法定代理受領のお知らせ
- 5 相談・苦情受付等記録書
- 6 ヒヤリ・ハット報告書
- 7 施設・事業所における事故等防止対策の徹底について（通知）
- 8 施設・事業所における虐待防止体制の整備の徹底について（通知）

特定非営利活動法人〇〇〇
理事長 △△ △△ 殿

秘密情報の保持に関する誓約書

私は、個人情報保護法、その他の関係法令、貴法人就業規則ならびに個人情報保護規定に従い、貴法人が取扱う利用者等の個人情報につき、以下の事項を遵守し、適正に取扱い、在職中はもちろん退職後も開示するような行為は一切致しません。

この誓約に違反した場合には、貴法人就業規則に従い懲戒処分を受けることに異議はありません。また、違反したことにより貴法人が被った一切の損害を賠償する義務があることを認めます。

1 秘密保持について

次に掲げる情報（以下「秘密情報という。」）について、貴法人の許可なく使用、貴法人あるいは貴法人外において、開示、提示もしくは漏洩しません。

- ① 業務上知りえた貴事業所の利用者及びその家族の情報や秘密事項
- ② 貴法人が秘密保持すべき対象と指定した情報
- ③ 貴法人の人事、経理、職員の情報等に関する情報

2 秘密情報の報告及び帰属について

秘密情報の創出又は取得に関わった場合には、遅滞なくその内容を貴法人に報告するとともに、貴法人が業務上作成したものであることを確認し、当該情報の帰属が貴法人にあることを確認いたします。また、当該情報について私に帰属する一切の権利を貴法人に譲渡し、その権利が私に帰属する旨の主張をいたしません。

3 退職後の秘密保持について

秘密情報については、貴法人を退職した後においても、開示、漏洩もしくは使用しないことを約束します。また、秘密情報が記載、記録されている媒体の複製物及び関係資料等がある場合には、退職時にこれを貴法人に全て返還もしくは廃棄し、自ら保有しません。

※本人同意日については、事前に記載をせず、実際に説明し、同意を得た上で、従業者本人に記載を求めること。

年 月 日

住所

氏名

個人情報使用同意書

事業所が、利用者と契約締結した指定障害福祉サービス名を記載してください。

私が、貴事業所の指定障害福祉サービス（ ）を利用するにあたり、私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

事業者が、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に関連する法令に基づき、私に行うサービスを円滑に実施するため、サービス担当者会議又は私が利用する他のサービス事業者等と情報の共有が必要な場合に使用する。

2 使用に当たっての条件

ア 個人情報の提供は、上記1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

イ 事業者は、私及びその家族の個人情報を使用した会議の内容、参加者、経過等について、記録しておくこと。

3 個人情報の内容（例示）

ア 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が、サービスを提供するために最小限必要な利用者やその家族個人に関する情報

イ その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別されうる情報

4 使用する期間

令和 年 月 日からサービス利用契約終了時までとする。

令和 年 月 日

指定障害福祉サービス事業者名

代表者名 様

代筆の場合、代筆者の住所、氏名及び代筆理由を記載してください。

保護者又は立会人は、代理人欄に署名してください。

【利用者】住所
氏名 _____

【利用者代理人】住所
氏名 _____ 続柄 _____

【家族代表者】住所
氏名 _____ 続柄 _____

利用者氏名 (受給者番号)

| サービス提供記録 | | | | | | | | | | |
|------------------|----------|------|----|-------|---|--|-------|--|-----|--|
| 日付 | 令和 年 月 日 | 食事提供 | | 送迎 | 迎 | | 送 | | 記録者 | |
| 来所時刻 | : | 活動内容 | 午前 | | | | | | | |
| 帰所時刻 | : | | 午後 | | | | | | | |
| 本人の状況 | | | | | | | | | | |
| 特記事項 (欠席時対応等) | | | | 欠席時対応 | | | 本人確認欄 | | | |
| 日付 | 令和 年 月 日 | 食事提供 | | 送迎 | 迎 | | 送 | | 記録者 | |
| 来所時刻 | : | 活動内容 | 午前 | | | | | | | |
| 帰所時刻 | : | | 午後 | | | | | | | |
| 本人の状況 | | | | | | | | | | |
| 特記事項 (欠席時対応等) | | | | 欠席時対応 | | | 本人確認欄 | | | |
| 日付 | 令和 年 月 日 | 食事提供 | | 送迎 | 迎 | | 送 | | 記録者 | |
| 来所時刻 | : | 活動内容 | 午前 | | | | | | | |
| 帰所時刻 | : | | 午後 | | | | | | | |
| 本人の状況 | | | | | | | | | | |
| 特記事項 (欠席時対応等) | | | | 欠席時対応 | | | 本人確認欄 | | | |
| 日付 | 令和 年 月 日 | 食事提供 | | 送迎 | 迎 | | 送 | | 記録者 | |
| 来所時刻 | : | 活動内容 | 午前 | | | | | | | |
| 帰所時刻 | : | | 午後 | | | | | | | |
| 本人の状況 | | | | | | | | | | |
| 特記事項 (欠席時対応等) | | | | 欠席時対応 | | | 本人確認欄 | | | |
| 日付 | 令和 年 月 日 | 食事提供 | | 送迎 | 迎 | | 送 | | 記録者 | |
| 来所時刻 | : | 活動内容 | 午前 | | | | | | | |
| 帰所時刻 | : | | 午後 | | | | | | | |
| 本人の状況 | | | | | | | | | | |
| 特記事項 (欠席時対応等) | | | | 欠席時対応 | | | 本人確認欄 | | | |

様

利用者、保護者等氏名

障害福祉サービス事業者名
代表者名

訓練等給付費等の受領のお知らせ
(法定代理受領のお知らせ)

様に提供した下記のサービスに要した費用について、 区市から下記のとおり
利用者様に代わり支払いを受けましたので、お知らせします。

このお知らせの内容に疑義がある場合は、当事業所もしくは 区市にお問い合わせ
下さい。

記

| | |
|----------|-------------------------------|
| サービス提供年月 | 令和 年 月 ※又は、令和 年 月 日～令和 年 月 |
| サービス内容 | 就労継続支援B型 該当サービス名を記載 |
| 受領日 | 令和 年 月 日 |
| 代理受領金額 | 金 円 |
| 代理受領額の内訳 | ※ サービスに要した費用の全体の額 (A) 金 円 |
| | 利用者負担額 (B) 金 円 |
| | 訓練等給付費等代理受領額 (A)－(B) 金 円 |

※ 別紙で明細書(確認リスト等)を添付する等(A)について計算過程を示してください。

相談・苦情受付等記録書

| | | | | | |
|----------------------------------|--|---------------|---|------|--|
| 受付日 | 令和 年 月 日() | 発生時期 | 年 月 日 | 受付No | |
| 記入者 | | | 発生場所 | | |
| 申 出 人 | 氏名(フリガナ) | | 住 所 | Tel | |
| | 利用者との関係 | 本人、親、子、その他() | | | |
| 申出人が本人以外の場合は、利用者の氏名、年齢、性別、連絡先を記入 | | | 申出方法 1. 電話 2. 来訪 3. FAX 4. 郵送 5. 意見箱 6. その他() | | |
| 相談・苦情等の内容等 | | | | | |
| 備考 | | | | | |
| 申出人の要望 | <input type="checkbox"/> 話を聞いて欲しい <input type="checkbox"/> 教えて欲しい <input type="checkbox"/> 回答が欲しい <input type="checkbox"/> 調査して欲しい <input type="checkbox"/> 改めて欲しい <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 申出人への確認 | 第三者委員への報告の要否 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認欄() | | | | |
| | 話し合いへの第三者委員の助言、立ち会いの要否 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認欄() | | | | |

| | |
|------|---|
| 想定原因 | <input type="checkbox"/> 説明・情報提供不足 <input type="checkbox"/> 職員の態度 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> 権利侵害 |
| | <input type="checkbox"/> その他() |
| 対応経過 | |
| 解決策 | |
| 結果 | |

ヒヤリ・ハット報告書

| | | | | | |
|--------------------|--|-------|------------|---------|---------|
| 報告者 | | 記入年月日 | 年 月 日(曜日) | | |
| 利用者 (イニシャル) | | 年齢 | | サービスの種別 | |
| 日 時 | 令和 年 月 日() | | | | 時 分 |
| 発生場所 | | | | | |
| ヒヤリ・ハットの種類 | <input type="checkbox"/> 転倒・転落・つまづき・() <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 誤与薬 <input type="checkbox"/> 無断外出 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 暴力行為 () <input type="checkbox"/> 事業所の事故(火災等) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 権利侵害 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| ヒヤリとした内容 (具体的に) | | | | | |
| ヒヤリ・ハット時の対応 | | | | | |
| 再発(未然)防止のための改善策 | | | | | |
| チェック欄 | 管理者 | | サービス提供責任者 | | 安全管理責任者 |

各施設・事業所管理者 殿

東京都福祉保健局障害者施策推進部長
中 川 一 典
(公印省略)

施設・事業所における事故等防止対策の徹底について（通知）

平素から東京都の障害者福祉施策の推進に御協力いただき、ありがとうございます。

各施設・事業所におかれましては、日頃から利用者に対する安全の確保や、施設・事業所の管理体制の徹底等に取り組まれていることと存じます。

しかしながら、残念なことに、利用者に対する事故や、施設・事業所運営に関する事故は後を絶たない状況にあります。そのため、各施設・事業所におかれましては、改めて利用者に対する支援状況の確認、ヒヤリハット事例の分析と合わせて事故防止マニュアルの作成及び再検討、リスク管理の徹底、職員研修の実施等を行うことで、事故防止対策を徹底していただくようお願いいたします。

上記対策を講じた上でも、万が一事故等が発生した場合には、直ちに必要な措置を講ずるとともに、下記により都に対する報告をお願いいたします。特に、**死亡事故や事件性の高い事故、報道機関等からの問い合わせがある事故は、速やかに電話等で都の各所管に第一報**を入れていただくよう、お願い申し上げます。

なお、都はDX推進による業務効率化を推進しており、各事業者の業務負担軽減の観点から**事故報告書の提出方法をメール又はFAXから、入力フォームによる提出に変更**させていただきますので、ご理解とご協力のほどよろしくお願いいたします。

記

1 報告対象事故等

- ① 死亡事故（誤嚥によるもの等）
- ② 入院を要した事故（持病による入院等は除く）
- ③ （②以外の）医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故
- ④ 薬の誤与薬（その後の経過に関わらず、事案が発生した時点で要報告）
- ⑤ 無断外出（警察・消防等の他の機関が関わったもの）
- ⑥ 感染症の発生
- ⑦ 事件性のあるもの（職員による暴力事件等）
- ⑧ 保護者や関係者とのトラブル発生が予想されるもの
- ⑨ 施設運営上の事故の発生（不正会計処理、送迎中の交通事故、個人情報の流出等）
- ⑩ その他特に報告の必要があると施設が判断したもの

※ 障害者虐待（疑いを含む）事案については、区市町村（障害児入所施設は少子社会対策部又は児童相談所）への通報義務があります。

※ 事業者側の責任や過失の有無は問いません。

2 報告方法

死亡事故や事件性の高い事故、報道機関等からの問い合わせがある事故等については、事故発生後速やかに各所管宛電話による報告をいただくよう、お願いいたします。

また、その後、可能な限り速やかに各所管入力フォームにより事故報告いただくよう、お願いします。

事故等に応じて、東京都への報告に加え、保護者・区市町村（原則として実施機関）・関係機関（警察・消防・保健所等）への連絡も行ってください。

※1 事故の状況等によっては、現地確認を実施する場合があります。

※2 事故報告書を提出いただく場合は、ファイル名を「【事故報告】施設・事業所名（サービス種別*）」としてください。

*多機能型事業所等の場合は事故に係るサービス種別を記載

(例) 【事故報告】〇〇福祉園（生活介護）

3 自然災害発生の際の東京都への報告

近年、台風や地震などの大規模な自然災害が多く発生しております。日頃から、災害等への備えを進め、利用者の安全を確保する体制を整えていただきますようお願いいたします。また、実際に災害等により、施設・事業所が被害を受けた場合には、事故同様、利用者、職員の皆様の安全確保や施設の運営継続等の対応を優先していただいた上で、速やかに被害状況について東京都まで御連絡くださいますようお願いいたします。

4 感染症や災害への対応力強化について

令和3年度報酬改定に伴う運営基準の改正により、感染症や災害への対応力強化の取組が義務付けられています。①感染症対策の強化【全サービス】（委員会の開催*1、指針の整備、研修の実施*2、訓練（シミュレーション）の実施*3）、②業務継続に向けた取組の強化【全サービス】（業務継続計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等）、③地域と連携した災害対応の強化【施設系、通所系、居住系】（訓練の実施にあたって地域住民の参加が得られるよう連携に努める。）

①、②については、3年間の経過措置が設けられていますが、経過措置期間中の確実な実施をお願いします。業務継続計画については、国からガイドラインやひな形も示されていますので御活用ください。

*1 委員会の開催：訪問系は概ね6月に1回以上、施設系・通所系・居住系は概ね3月に1回以上

*2,3 研修、訓練の実施：訪問系は年1回以上、施設系・通所系・居住系は年2回以上

《参考》業務継続計画に係る国のマニュアル等

○ 感染対策マニュアル・業務継続ガイドライン等

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15758.html

○ 障害福祉サービス事業所等における自然災害発生時の業務継続ガイドライン等

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17517.html

5 その他

近年発生している主な重大事件事例について別紙1のとおりまとめました。各施設・事業所での同様の事故の発生を防止するための参考としてください。

6 報告先

※令和4年度より、事故報告書は入力フォームによる提出に変更となりました。

【障害者支援施設・生活介護・自立訓練】（都立施設及び都立民間移譲施設を除く）

施設サービス支援課 障害者支援施設担当 電話 03-5320-4156

<提出先>

<https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1649927325105>

【都立施設及び都立民間移譲施設】

施設サービス支援課 福祉施設運営担当 電話 03-5320-4157

<提出先>

<https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652842140057>

【就労移行支援・就労継続支援A型、B型・就労定着支援】

地域生活支援課 就労支援担当 電話 03-5320-4158

<提出先>

<https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652772056618>

【共同生活援助（GH）・短期入所】

地域生活支援課 居住支援担当 電話 03-5320-4151

<提出先>

<https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652773494182>

【居宅介護・行動援護・重度訪問介護・同行援護・自立生活援助・地域移行支援・地域定着支援】

地域生活支援課 在宅支援担当 電話 03-5320-4325

<提出先>

<https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652765652394>

【障害児入所施設・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】

施設サービス支援課 児童福祉施設担当 電話 03-5320-4374

<提出先>

<https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652351668998>

【重症心身障害児（者）通所事業】

施設サービス支援課 療育担当 電話 03-5320-4376

<提出先>

<https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652351668998>

《主な重大事故の事例》

【事例①】 異食による窒息死亡事故

《事故の概要》

尿取りパッド内の吸水ポリマーを口に詰まらせ、窒息死した。

《原因》

- 入所後間もない利用者に対して、十分なアセスメントが出来ていなかった。
- 以前にも異食したケースがあったが、施設内で十分な再発防止策が講じられていなかった。
- キャリアの浅い職員が増え、従来のやり方が機能しなくなっていた。

《再発防止策》

- 新規入所者に対して、毎月アセスメントシートの見直しを半年間実施する。
- 毎月のリスクマネジメント会議でヒヤリハットを報告し、職員間で情報共有を徹底する。
- OJT として、毎週水曜日に職場内研修会を実施し、支援力向上に努める。

【事例②】 誤薬による事故

《事故の概要》

服薬介助時の名前の確認が不十分で、別の利用者の薬を飲ませてしまった。

《原因》

- 服薬の手順に関するマニュアルが作成されていなかった。
- Wチェックのルールが守られていなかった。
- 同じ姓の利用者の薬袋が同じケースに入っていた。

《再発防止策》

- 写真入りで分かりやすいマニュアルを作成し共有した。
- 勤務時間と職員配置を見直し服薬時に必ず複数対応できるようにするとともに、服薬時は、担当者が専念するよう徹底した。
- 同じ姓の利用者は名前を目立たせるよう表示の記載や色を見直した。

【事例③】 窒息による死亡事故

《事故の概要》

ベッド上でうつ伏せになり顔が埋もれた状態になったことにより、窒息死してしまった。

《原因》

- 新人職員のポジショニングに関する知識が不足していた。
- 介助業務に不安を感じていた新人職員に対するフォローができていなかった。
- 個々の利用者のポジショニングに関する情報共有が適切になされていなかった。

《再発防止策》

- 各利用者のポジショニングマニュアルを作成し、専門職による定期的な見直しも行った。
- 新人職員に対する声掛けや注意事項の作成等、新人職員に対するフォローアップを強化した。
- 利用者ごとのケース記録、連絡帳等の情報を整理し運用方法を見直した。

様式例

令和 年 月 日

東京都福祉保健局
 障害者施策推進部〇〇〇〇課長 殿

法 人 名
 施設（事業所）名
 施設長（管理者）名

施設（事業所）利用者事故等報告書

施設（事業所）利用者の事故がありましたので下記のとおり報告します。

| | | |
|-------|-------------|--|
| 事業所情報 | 事業所名・ユニット名 | |
| | サービス種別 | |
| | 施設所在地 | |
| | 施設管理者名 | |
| | 担当者名 連絡先 | |

| | | |
|----------------|-----------------------|--|
| 利用者氏名 (仁ナル) | さん（男・女）（障害支援区分 ） | |
| 生年月日等 | 年 月 日 （ 歳） | |
| 障害状況等 | 愛の手帳（療育手帳） 度 | 身体障害者手帳 種 級 |
| | 精神障害者手帳 級 | 障害特性 |
| 事故の概要 | 発生年月日 | 年 月 日（ 曜日） 時 分 頃 |
| | 発生場所 | |
| | 事故種別 (該当の箇所に ☑) | <input type="checkbox"/> 死亡事故 <input type="checkbox"/> 入院を要した事故（持病による入院等は除く） <input type="checkbox"/> 医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故 <input type="checkbox"/> 薬の誤与薬 <input type="checkbox"/> 無断外出 <input type="checkbox"/> 感染症の発生 <input type="checkbox"/> 事件性のあるもの（職員による暴力事件等） <input type="checkbox"/> 保護者や関係者とのトラブル <input type="checkbox"/> 施設運営上の事故の発生（不正会計処理・送迎中の交通事故・個人情報の流出等） <input type="checkbox"/> その他（ ） |

| | | |
|----------|-----------------|-------------------|
| | 原因・経緯・状況 | |
| 関係機関への連絡 | 家族 | さん(続柄)へ 月 日 時 分頃 |
| | 実施機関 | 福祉事務所へ 月 日 時 分頃 |
| | その他 (病院・警察等) | ()へ 月 日 時 分頃 |
| | | ()へ 月 日 時 分頃 |
| 事故後の対応 | 事故後の利用者の現況 | |
| | 保護者等からの意見 | |
| | 再発防止に向けての今後の対応 | |
| その他特記事項 | | |

※不足する場合は、別紙を添付してください。

事故報告書等の提出方法が変更となります

都はDX推進による業務効率化を推進しており、各事業者様の業務負担軽減の観点から**事故報告書の提出方法をメール又はFAXから提出フォームに変更**させていただきます。

1 事故報告書の提出先

○令和4年5月26日以降、事故報告書は、各所管別に以下のフォームよりご提出願います。

【障害者支援施設・生活介護・自立訓練】(都立施設及び都立民間移譲施設を**除く**)

<https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1649927325105>

【都立施設及び都立民間移譲施設】

<https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652842140057>

【就労移行支援・就労継続支援A型、B型・就労定着支援】

<https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652772056618>

【共同生活援助(GH)・短期入所】

<https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652773494182>

【居宅介護・行動援護・重度訪問介護・同行援護・自立生活援助・地域移行支援・地域定着支援】

<https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652765652394>

【障害児入所施設・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】

<https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652351668998>

【重症心身障害児(者)通所事業】

<https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652351668998>

2 提出にあたっての留意事項

◎死亡事故や事件性の高い事故、報道機関等からの問い合わせがある事故は、**速やかに電話等で都の各所管に第一報**をいれていただくよう、お願い申し上げます。

| サービス種別 | 報告先 | 連絡先 |
|--|-----------|--------------|
| 障害者支援施設・生活介護・自立訓練 | 障害者支援施設担当 | 03-5320-4156 |
| 就労移行支援・就労継続支援A型又はB型・就労定着支援 | 就労支援担当 | 03-5320-4158 |
| 共同生活援助・短期入所 | 居住支援担当 | 03-5320-4151 |
| 居宅介護・行動援護・重度訪問介護・同行援護・自立生活援助・地域移行支援・地域定着支援 | 在宅支援担当 | 03-5320-4325 |
| 障害児入所施設・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 | 児童福祉施設担当 | 03-5320-4374 |
| 重症心身障害児(者)通所事業 | 療育担当 | 03-5320-4376 |

提出方法

1 確認事項

東京共同電子申請・届出サービス

サービストップへ

文字 大 中 小 色 標準 黒 青 黄

申請内容入力 >

申請内容確認 >

申請完了

障害者支援施設担当 事故報告書提出フォーム（障害者支援施設、生活介護、自立訓練） ヘルプ

申請内容の入力

操作方法のご説明

下記の入力フォームに必要事項を入力した後、「申請内容の確認に進む」ボタンを押してください。
途中で入力した内容を一時保存したい場合、「申請内容を一時保存する」ボタンを押してください。

注意事項

必須 マークがある項目は、必ず入力してください。

機種依存文字（半角カナ、丸付き数字、ローマ数字、「崎」など）は使用しないでください。機種依存文字が入力されている場合はエラーになります。

●このフォームは、障害者支援施設、生活介護、自立訓練のいずれかの施設（都立施設及び旧都立施設を除く）において、事故が発生した際に、事故報告書を提出いただくためのフォームです。

【事故報告書等の入手はこちら】

<https://www.shougai Fukushi.metro.tokyo.lg.jp/Lib/LibDspList.php?catid=002-022>

【事故報告書の提出が必要な事故】

- ・死亡事故
- ・入院を要した事故（持病による入院等は除く）

事故報告の対象となるサービス種別を確認

事故報告書のひな形はこちらのリンクより入手可

2 基本情報の入力①

以下の各必須項目を入力

報告日は、自動で入力（変更不可）

基本情報

| | |
|---------------------|--|
| 報告日 | 令和 4年 5月 17日 |
| 事故発生日 必須 | 令和4年4月1日以降の日付を指定してください。 年 月 日 |
| 法人名 必須 | |
| 事業所名 必須 | |
| 事業所番号 必須 | 10文字以下で入力してください。 |
| サービス種別 必須 | 多機能型の場合は、事故が発生したサービス種別を選択してください。 |
| 担当者名 必須 | |
| 電話番号 必須 | 03-0000-0000のように半角英数及びハイフンで記入してください。 20文字以下で入力してください。 |

以下のリストより、該当するサービスを選択

- 【プルダウンリスト】
- 障害者支援施設（都内）
 - 障害者支援施設（都外）
 - 生活介護
 - 自立訓練（機能訓練）
 - 自立訓練（生活訓練）
 - 療養介護

※「障害者支援施設」の事故は、日中活動で発生した事故も「障害者支援施設」を選択

※「多機能型事業所」の場合は、事故が発生したサービス種別を選択

提出方法

2 基本情報の入力②

メールアドレス

必須

システムからの通知メールを受信するために、メールアドレスを入力してください。
確認用の際には、同じメールアドレスをもう一度入力してください。

メールアドレス1

確認用

メールアドレス1とは別のメールアドレスでも通知メールを受信したい場合、メールアドレス2を入力してください

メールアドレス2 (任意)

確認用

※メールアドレス1、2に送信される通知メールの内容は同一です。
※スマートフォンの場合、ドメイン指定受信を設定されている方は「elg-front.jp」を受信できるよう指定してください。

メールアドレス1のみ必須入力

「メールアドレス2」の入力は任意

3 事故報告書の提出①

事故報告書 提出

該当するもの一つ選択してください。

「その他」を選択した場合に入力してください。
「その他」を選択していない場合は、入力内容は破棄されます。

事故種別 **必須**

該当する「事故種別」を選択

【プルダウンリスト】
死亡事故、薬の誤薬、入院を要する事故、医療機関での治療を要する疾病、無断外出、感染症の発生、事件性のあるもの、保護者等トラブル、不正会計、送迎中の事故、個人情報の紛失・流出、その他

「その他」を選択した場合に入力してください。
「その他」を選択していない場合は、入力内容は破棄されます。

負傷の状況 **必須**

該当する「負傷の状況」を選択

【プルダウンリスト】
特段の負傷はなし、意識不明、骨折、火傷、創傷、異食、誤嚥、その他

※事故種別で「死亡、不正会計、個人情報流出」のいずれかを選択した場合は、入力不要

登録できるファイルのサイズは、10(MB) までです。
登録できるファイルの種類は、
Microsoft Word(doc,docx),Microsoft Excel(xls,xlt,xlsx,xlsm),Microsoft PowerPoint(ppt,pptx),ZIP圧縮(zip) です。

事故報告書 提出 **必須**

「参照」をクリックし、提出するファイルを選択

申請内容を一時保存する

「申請内容の確認に進む」をクリック

プルダウンリストで「その他」を選択した場合のみ入力

4 提出確認

東京共同電子申請・届出サービス

サービストップへ

文字 **大** 中 小 色 標準 黒 青 黄

申請内容入力

申請内容確認

申請完了

こちらの画面では、**申請は未完了**

障害者支援施設担当 事故報告書提出フォーム（障害者支援施設、生活介護、自立 ② ヘルプ 訓練） **（テスト公開）**

※申請は完了していません。

申請内容の確認

操作方法のご説明

以下の入力内容をご確認ください。

入力内容の印刷用画面を表示したい場合は「印刷用画面を開く」ボタンを押してください。申請は行わずに、印刷用画面を別ウィンドウで開きます。

入力内容に間違いがある場合は、「修正する」ボタンを押し、再度入力してください。

入力内容が正しければ、「申請する」ボタンを押してください。

基本情報

| | |
|-----------------------|---|
| 報告日 | 令和4年5月18日 |
| 事故発生日 必須 | 令和4年5月17日 |
| 担当者名 必須 | 東京 太郎 |
| 電話番号 必須 | 03-0000-0000 |
| 提出確認の要否 必須 | はい |
| メールアドレス 必須 | メールアドレス1 |
| 事故報告書 提出 | |
| 事故種別 必須 | 死亡事故 |
| 負傷の状況 必須 | (入力は不要です) |
| 事故概要 | 【記入例】 令和〇年〇月〇日 〇〇により骨折。〇〇病院に入院。 |
| 事故報告書 提出 必須 | 03 (様式例)【事故報告】〇〇園 (サービス種別) .DOCX (20KB) |

入力内容に誤りがないかを**確認**

印刷用画面を開く

入力内容を確認後に、押下

修正する

申請する

ご利用にあたり

サイトマップ

ページの
先頭へ

以下の画面が表示されれば、事故報告書の提出は完了です

東京共同電子申請・届出サービス

サービストップへ

文字 **大** **中** **小** 色 標準 黒 青 黄

申請内容入力

申請内容確認

申請完了

障害者支援施設担当 事故報告書提出フォーム（障害者支援施設、生活介護、自立訓練） （テスト公開）

申請完了

「障害者支援施設担当 事故報告書提出フォーム（障害者支援施設、生活介護、自立訓練）」の申請を完了しました。

必ず下記の到達番号・問合せ番号を記録してください。

到達番号 : A65_280_080_4850

問合せ番号 : p\$5u7e

到達番号・問合せ番号について

「問合せ番号」は原則メールでは通知いたしません。

「到達番号」と「問合せ番号」は、この後の申請状況を照会するとき、担当部署に申請いただいた内容等を問い合わせるときなどに本人確認情報として必要になりますので、必ず記録してください。

「問合せ番号」は半角の英大文字、英小文字、数字の組み合わせとなっていますので、正確に記録をお願いします。

到達通知メールが届かない場合について

システムから自動送信する到達通知メールが15分以上経っても届かない場合、誤ったメールアドレスが入力されている可能性があります。メールが届かない場合には、到達番号と問合せ番号により照会を行い、申請内容を確認してください。

[最初のページへ戻る](#)

ご利用にあたり

[サイトマップ](#)

↑
ページの
先頭へ

各施設・事業所管理者 殿

東京都福祉保健局障害者施策推進部長
中 川 一 典
(公印省略)

施設・事業所における虐待防止体制の整備の徹底について（通知）

平素から東京都の障害者福祉施策の推進に御協力いただき、ありがとうございます。

都は、施設・事業所に対し、利用者の人権擁護、虐待防止に取り組むようお願いしてきたところではありますが、昨年度も、常勤職員・非常勤職員問わず、支援員による利用者の行動を制止するために過度な有形力を行使した身体的虐待、支援員の乱暴な言葉かけによる心理的虐待、支援員による利用者からの預り金の着服といった経済的虐待等の事案が発生しております。

利用者に対する虐待及び不適切な支援は、利用者の身体及び人格を傷つける行為であるとともに、都における障害者（児）施設や居宅介護等の障害福祉サービス及びこれらを運営する法人に対する社会的信用を大きく損なうものであり、誠に遺憾であります。

都においては、障害者虐待について、個々の案件に応じて区市町村と連携して対応するとともに、障害者虐待防止・権利擁護研修を実施する等、障害者虐待防止に向けた取組を行っているところです。

障害者総合支援法に基づく運営基準及び障害者虐待防止法では、各施設・事業所の責務として、虐待防止等のための措置を講じることとされています。さらに、令和 3 年度報酬改定に伴う運営基準の改正において、障害者虐待防止の更なる推進と身体拘束の適正化の推進のため施設・事業所が取り組むべき事項が追加されています（下記 6 参照）。

各施設・事業所におかれましては、日頃より、利用者の人権擁護、虐待防止に取り組まれていることと存じますが、下記のとおり改めて確認、徹底していただきますようよろしくお願いいたします。

また、別紙は、施設及び事業所が虐待防止体制を整備するにあたり、特に留意していただきたい事項をまとめたものです。上記取組の実施にあたっては十分参考にさせていただきますよう併せてお願いいたします。

1 利用者の人権擁護・虐待防止のための体制について

- (1) 運営規程への定めと全職種の職員への周知
- (2) 虐待防止委員会（年1回以上）、虐待防止の責任者を設置する等の体制整備

◇虐待防止委員会の役割（運営基準等解釈通知より）

- ・虐待防止のための計画づくり（虐待防止の研修、労働環境・条件を確認・改善するための実施計画づくり、指針の作成）
- ・虐待防止のチェックとモニタリング（虐待が起こりやすい職場環境の確認等）
- ・虐待発生後の検証と再発防止策の検討（虐待やその疑いが生じた場合、事案検証の上、再発防止策を検討、実行）

- (3) 倫理綱領・行動指針等の制定、虐待防止のための指針・虐待防止マニュアルの作成、及び虐待防止啓発掲示物や相談・通報・届出先掲示物等の周知徹底 など

◇虐待防止のための指針に規定する項目例（運営基準等解釈通知より）

- ・事業所における虐待防止に関する基本的な考え方
- ・虐待防止委員会その他施設内の組織に関する事項
- ・虐待防止のための職員研修に関する基本方針
- ・施設内で発生した虐待の報告方法等の方策に関する基本方針
- ・虐待発生時の対応に関する基本方針
- ・利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ・その他虐待防止の適正化の推進のために必要な基本方針

2 人権意識、知識や技術向上のための研修の実施について

- (1) 全職種の職員を対象にした虐待防止や人権意識を高めるための研修
- (2) 障害特性を理解し適切に支援ができるような知識と技術を獲得するための研修
- (3) 事例検討

※虐待防止のための研修は、年1回以上（新規採用時には必ず）実施すること

※研修対象者については、常勤・非常勤に関わらず、また、福祉職の職員に限らず事務員・調理員・運転手等、全職種の職員について、受講の必要性を考慮すること

※職場内研修のみならず、職場外研修の充実化も図ること

3 虐待を防止するための取組について

- (1) 管理者による日常的な支援場面の把握、風通しの良い職場づくり
- (2) 非常勤職員を含めた全職種の職員に対する虐待防止マニュアルの周知徹底
- (3) 全職種の職員に対する、定期的な虐待防止チェックリストの実施とその活用

4 通報義務について

障害者虐待（疑いを含む。）については、障害者虐待防止法に基づき区市町村（実施機関）へ通報する義務がありますので、必ず区市町村に通報した上で行政と連携して対応し

てください。

※ 障害児入所施設に入所する児童への虐待については、児童福祉法に基づき、通報先は児童相談所や少子社会対策部計画課等となります。

※ また、虐待等を発見した職員が、直接区市町村等へ通報する場合、通報した職員は通報したことを理由に解雇その他不利益な取り扱いを受けないこととされています。各施設・事業所におかれましては、通報先や通報者の保護について日頃から職員に周知し、障害者虐待防止法に対する理解を深めてください。

5 身体拘束の禁止について

障害者総合支援法に基づく運営基準では、サービス提供にあたり、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行ってはならないとされています。やむを得ず身体拘束等を行うときは所定の手続き（①組織による決定と個別支援計画への記載、②本人・家族への十分な説明、③必要な事項の記録）を経るようご注意ください（詳細は「7 参考資料」記載の手引き参照）。

なお、身体拘束の要件に該当しなくなった場合においては、速やかに解除することについても御留意願います。

6 運営基準の改正による取組の強化について

令和3年度報酬改定に伴う運営基準の改正により、虐待防止の更なる推進と身体拘束の適正化の推進のため以下のとおり施設・事業所の取組が令和4年度より義務化されています。以上の取組とあわせ、運営基準・解釈通知等も必ず御確認ください。

(1) 虐待防止について

- ① 虐待防止委員会の定期的な開催と委員会での検討結果の従業者への周知徹底
- ② 従業者への定期的な研修の実施
- ③ 虐待の防止等のための責任者の設置

(2) 身体拘束の適正化について

- ① 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録すること。
- ② 身体拘束等の適正化のための対策を検討するための委員会の定期的な開催と委員会での検討結果の従業者への周知徹底
- ③ 身体拘束等の適正化のための指針の整備
- ④ 従業者への定期的な研修の実施

※身体拘束の適正化に係る上記運営基準を満たしていない場合は、基本報酬が減算となります（②～④（訪問系サービスは①～④）は令和5年4月から）。

7 参考資料

- (1) 「障害者福祉施設等における障害者虐待の防止と対応の手引き」（「施設・事業所従業者向けマニュアル」）

厚生労働省ホームページリンク先

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/gyakutaiboushi/tsuuchi.html

(2) 運営基準、解釈通知、留意事項通知等について

厚生労働省ホームページリンク先

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202214_00007.html

担当：東京都福祉保健局障害者施策推進部

【障害者支援施設・生活介護・自立訓練】

施設サービス支援課 障害者支援施設担当

電話 03-5320-4156 FAX 03-5388-1407

【就労移行支援・就労継続支援 A 型、B 型・就労定着支援】

地域生活支援課 就労支援担当

電話 03-5320-4158 FAX 03-5388-1408

【共同生活援助（GH）・短期入所】

地域生活支援課 居住支援担当

電話 03-5320-4151 FAX 03-5388-1408

**【居宅介護・行動援護・重度訪問介護・同行援護・自立生活援助・
地域移行支援・地域定着支援】**

地域生活支援課 在宅支援担当

電話 03-5320-4325 FAX 03-5388-1408

**【障害児入所施設・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】**

施設サービス支援課 児童福祉施設担当

電話 03-5320-4374 FAX 03-5388-1407

【重症心身障害児（者）通所事業】

施設サービス支援課 療育担当

電話 03-5320-4376 FAX 03-5388-1407

(別紙)

- (1) 虐待防止のための体制の整備に際しては下記の点に留意すること。
 - ア 利用者の意思及び人格を尊重した権利擁護の体制の確立
 - イ 利用者の行動の背景にある障害特性と環境要因の分析と良質な支援の確保
 - ウ やむを得ず身体拘束を行う場合の手続きの明確化
 - エ 虐待の防止に関する施設の理念、ガイドライン等の策定
 - オ 管理者一元化を含む適切な運営体制の確立
 - カ 職員間のコミュニケーション円滑化に向けた取組み
 - キ メンタルヘルスを含む労務管理の適正化
 - ク ボランティアを含む外部からの監督体制の整備
 - ケ 虐待の防止、専門知識・支援技術の獲得及び向上を目的とする研修の充実化
 - コ 虐待や事故が発生した場合の報告体制の整備、報告手続のマニュアル化及び職員への周知
- (2) 現場の支援員の人選
現場の支援員には、障害者福祉の知識と経験を有する者を配置すること。
- (3) 外部アドバイザーの導入
法人経営及び支援に関する外部アドバイザーとして採用すること。
- (4) オンブズマンの導入
法人に利害関係の無い者からオンブズマンを選任すること。