

各施設・事業所管理者 殿

東京都福祉局障害者施策推進部長

梶 野 京 子
(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、利用者の障害特性に起因した事故、職員の過失、施設・事業所の過失などによる事故は後を絶たない状況にあります。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想定される事故等については、速やかに電話等で都の各所管に報告をお願いします。

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（誤与薬後、利用者の様子に変化がある場合は要報告）
 - ⑤ 無断外出
 - ⑥ 感染症の集団感染
 - ⑦ 送迎中の事故及び送迎車両の車内への利用者の置き去り事故
 - ⑧ 事件性のあるもの（職員による暴力事件、金銭横領等）
 - 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）
 - ⑪ 区市町村に虐待通報をした案件（通報した内容等）
 - ⑫ 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（障害児入所施設は児童相談所

又は区市町村子供家庭支援センター）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

事故報告書の提出は、事故報告書提出フォームによる報告を原則としますが、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想定される事故等については、発生後直ちに各所管宛電話による報告をお願いします。

また、その後、可能な限り速やかに別紙様式例を参考に各所管提出フォームに事故報告書（第1報）の御提出をいただいた上で、その後続報を提出してください。

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 事故報告書のファイル名を「【事故報告】施設・事業所名（サービス種別*）第○報」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）第1報

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います。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します。

また、施設・事業所の建物の損壊や人的被害が発生した場合には、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 令和6年度報酬改定に伴う運営の適正化について

令和6年度報酬改定により、別紙1に記載する各事項が未実施の場合、新たに減算の創設又は見直しが行われており、運営基準も改正されていますので、改めて御確認願います。

5 その他

近年発生している主な重大事故事例について別紙2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

【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://logoform.jp/form/tmgform/826020>

【福祉型障害児入所施設・医療型障害児入所施設】

施設サービス支援課 障害者支援施設担当（児童入所） 電話 03-5320-4139

＜提出先＞

<https://logoform.jp/form/tmgform/1483427>

【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://logoform.jp/form/tmgform/827929>

【就労移行支援・就労継続支援A型、B型・就労定着支援・就労選択支援】

地域生活支援課 就労支援担当 電話 03-5320-4158

<提出先>

<https://logoform.jp/form/tmgform/829775>

【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://logoform.jp/form/tmgform/702093>

【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://logoform.jp/form/tmgform/830433>

【児童発達支援・放課後等デイサービス・保育所等訪問支援・居宅訪問型児童発達支援】

療育課 障害児通所支援担当 電話 03-5320-4380

<提出先>

<https://logoform.jp/form/tmgform/1512254>

【重症心身障害児（者）通所事業】

療育課 療育担当 電話 03-5320-4376

<提出先>

<https://logoform.jp/form/tmgform/1539821>

- 1 令和6年度報酬改定に伴い、以下の各事項が未実施である場合等には、減算の創設又は見直しが行われています。なお、本資料に記載してある事項は、障害福祉サービス等における横断的な改定事項に絞って記載していますので、各サービスそれぞれの改定内容については別途確認してください。

(1) 虐待防止措置未実施減算（創設）

- ①虐待防止委員会の定期的な開催及び従業者への周知
- ②虐待防止研修の定期的な実施
- ③上記①及び②の取組を行うための担当者の配置

上記①から③の取組が適切に実施されていない場合、所定単位数の1%を減算

(2) 身体拘束廃止未実施減算（見直し）

- ①身体拘束を行う場合、その態様、時間、利用者の状況、やむを得ない理由等を記録
- ②身体拘束適正化検討委員会の定期的な開催及びその結果を従業者へ周知
- ③身体拘束適正化指針の整備
- ④虐待防止研修の定期的な実施

上記①から④までの取組が適切に実施されていない場合、以下の通り減算額を見直し

【施設・居住系サービス※1】

1日につき5単位減算から所定単位数の10%減算に見直し

【訪問、通所系サービス※2】

1日につき5単位減算から所定単位数の1%減算に見直し

- ※1 障害者支援施設（施設入所支援のほか、障害者支援施設が行う各サービスを含む）、療養介護、障害児入所施設、共同生活援助、宿泊型自立訓練
- ※2 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援、生活介護、短期入所、自立訓練（宿泊型自立訓練を除く。）、就労選択支援、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B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（障害者支援施設が行う各サービスを除く。）

(3) 業務継続計画未策定減算（創設）

- ①業務継続計画の策定
- ②業務継続計画に従い必要な措置を講ずること

【施設・居住系サービス】

所定単位数の 3% を減算

【訪問、通所系サービス】

所定単位数の 1% を減算

<経過措置>

- ・就労選択支援については、令和 9 年 3 月 31 日までの間、減算を適用しない

(4) 情報公表未報告減算（創設）

障害者総合支援法第 76 条の 3 第 1 項又は児童福祉法第 33 条の 18 第 1 項の規定に基づく情報公表に係る報告がなされていない場合、以下のとおり減算

【施設・居住系サービス】

所定単位数の 10% を減算

【訪問、通所系サービス】

所定単位数の 5% を減算

2 運営基準の見直し

令和 6 年度報酬改定に伴い、以下のとおり運営基準が見直されています。なお、本資料に記載してある事項は、障害福祉サービス等における横断的な改定事項に絞って記載していますので、各サービスそれぞれの改定内容については別途確認してください。

(1) 意思決定支援の推進

- ① 相談支援及び障害福祉サービス事業等の指定基準において、「事業者は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者の意思決定の支援に配慮するよう努めなければならない」旨明記され、障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドラインの内容を相談支援及び障害福祉サービス事業等の指定基準や解釈通知に反映された。
- ② 相談支援及び障害福祉サービス事業等の指定基準において、サービス担当者会議及び個別支援会議について、本人の心身の状況等によりやむを得ない場合を除き障害者本人の参加を原則とし、会議において本人の意向等を確認しなければならない。
※障害児相談支援、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、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設を除く全サービス

(2) 本人の意向を踏まえたサービス提供（同性介助）

各障害福祉サービス事業等の指定基準の解釈通知において、「本人の意思に反する異性介助

がなされないよう、サービス管理責任者等がサービス提供に関する本人の意向を把握するとともに、本人の意向を踏まえたサービス提供体制の確保に努めるべき旨明記された。

※計画相談支援、障害児相談支援、地域相談支援、自立生活援助、就労定着支援を除く全サービス

(3) 個別支援計画の共有

指定基準において、各サービスの個別支援計画について、指定特定（障害児）相談支援事業所にも交付しなければならない。

※短期入所、就労選択支援、計画相談支援、障害児相談支援、地域定着支援、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設を除く全サービス

《主な重大事故の事例》

【事例①】 入浴中の溺死事故**《事故の概要》**

シャワー浴中に職員が目を離した間に、利用者が浴槽に入った状態で発見され、死亡。

《原因》

- 入浴介助は基本 1 対 1 で実施。
- 入浴介助中にもかかわらず、内線電話対応や他利用者の対応を行った。
- 対応が終わり浴室に戻ると、利用者が浴槽内で沈んでいる状態で発見された。

《再発防止策》

- 1 対 1 介助対象利用者の入浴時間帯については、必ず余剰職員を配置。
- 入浴介助マニュアルを改訂し、全職員に対して注意喚起。
- 非常用呼び出し装置の設置。

【事例②】 送迎車両による利用者置き去り事故**《事故の概要》**

利用者を送迎車両から降車する際、最終確認を怠り、利用者の 1 人を車内で 1 時間以上置き去りにした。

《原因》

- 運転職員と添乗職員が、不穏になっていた他利用者の降車対応をしていた。
- 対応後、利用者全員降車したと思い込み、利用者が車内に残っていることに気付かぬまま職員が帰設してしまった。

《再発防止策》

- 降車人数確認の徹底と運航簿の見直しを実施。
- 送迎運転マニュアルの見直しを実施。
- 送迎車両に置き去り防止装置を設置。

【事例③】 誤嚥による窒息死亡事故**《事故の概要》**

おやつのおやつパンを誤嚥し、窒息により死亡した。

《原因》

- 過去に誤嚥事故を起こしていたにもかかわらず、職員の見守りが不十分であった。
- 当日のおやつが非常食用のパンであったため、通常のパンよりも少し硬かった。

《再発防止策》

- 利用者の嚥下状態を再点検し、注意が必要な利用者の食事支援には特に慎重に支援する等マニュアルの見直しを実施。
- 嚥下状態により提供するお盆の色を分け、職員が視覚的に判別しやすくする。
- 利用者の嚥下機能に応じたおやつを提供する。

【事例④】 大量服薬による死亡事故

《事故の概要》

数日前から連絡がとれなかったため、グループホームの居室を訪問したところ、大量服薬が原因と思われる死亡が発覚した。

《原因》

- 服薬管理が不十分で、怠薬により大量の薬が利用者の手元に残っていた。
- 関係構築が困難で、連絡がとれないことがしばしばあったため、数日連絡がとれないことに、大きな問題意識を持てなかった。
- アセスメントが不十分で、過去に自殺企図による入院があったことを把握できていなかった。
- 担当職員が休日であったことから、すぐに居室を訪問しなかった。

《再発防止策》

- 毎日顔を合わせることや、職員が服薬の確認を行うことをサービス利用の原則とするなど、支援を行える環境を予め設定しておく。
- 利用者本位の視点に立った支援を基本としつつも、利用者の障害特性を理解し、利用者が抱えているリスクを適時適切に評価しながら、支援のアプローチを柔軟に見直す。
- 利用者家族、医療機関、区市町村、日中活動先、グループホームで可能な限りの連携を図り、多角的にアセスメントを行ったうえで個別支援計画を作成する。
- 支援者を固定して特定職員に負荷を集中させず、複数チームによる支援体制を構築する。

【事例⑤】 利用者の状況確認を怠ったことによる死亡事故

《事故の概要》

居室内の利用者に生じていた体調等の異変に適切な対応がされず、利用者が死亡した。

《原因》

- 施錠された居室内で動けなくなっていた利用者から職員に支援を求める訴えがあったにも関わらず、速やかに状況確認をしなかった。
- 緊急時の連絡体制等が職員に周知徹底されていなかった。

《再発防止策》

- 利用者の異変時の対応マニュアルを整備する。
- 緊急時の報告、連絡体制の周知徹底を図る。
- 事例を用いた全職員に対する研修を実施する。

【事例⑥】 利用者の財産（金銭）の着服事故

《事故の概要》

事業所が金銭管理をしていた利用者の口座から、本人の同意を得ることなく現金を引き出した。

《原因》

- 利用者の金銭管理を特定の職員が単独で行っており、複数によるチェック体制がなかった。
- 法人としてのチェック機能がなく、不適切な出金を早期に把握できなかった。

《再発防止策》

- 利用者の金銭管理について、単独での管理を禁止し、複数職員による確認体制を構築する。
- 金銭管理の手順書を整備し、金銭管理簿による入出金の都度、記録・確認を徹底する。
- 法人本部による定期的な点検の実施。