

〇年 〇月 〇日

(あて先) 名古屋市子ども青少年局子ども福祉課

事業所	事業所番号	2350000000
	所在地	名古屋市〇区〇〇町〇〇丁目〇—〇
	名称	児童デイサービス 〇〇〇〇
	サービス種類	児童発達支援 放課後等デイサービス
法人名称		株式会社 〇〇〇

障害福祉サービス等の提供により発生した事故等について、次のとおり報告します。

1 事故等の対象者（感染症等の場合は記載不要）

受給者証番号	000123456789	氏名	愛知 〇〇
生年月日（年齢）	〇年 〇月 〇日生（ 〇〇歳）		
障害の程度・特性	愛護手帳〇度 こだわりが強い。高いところに登ることが好き。		

2 事故等の概要

発生日時	〇年〇月〇日 〇時 〇分	発生場所	〇〇公園
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 対人 [→ <input type="checkbox"/> 誤飲, 誤食, 誤薬 <input checked="" type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他] <input type="checkbox"/> 対物 <input type="checkbox"/> 感染症の発生 ※警察または消防の関与 (<input type="checkbox"/> あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし)		
概要 及び対応	(概要を簡潔に記載) 散歩で〇〇公園に出かけ遊んでいる際に、アスレチックから飛び降りバランスを崩して顔面から落下したものの。		
	(事故等の発生原因、発生時の状況・程度、対応経過等) ※詳細を別添(様式任意)で記載 〇時〇分、事業所から1km離れた〇〇公園へ、子ども6名、職員3名で散歩に出かけた。 〇時〇分に公園に着き、休憩を兼ねて自由時間として子どもたちを遊ばせていたところ、〇〇さんが、高さ2mほどのアスレチックから飛び降りた際にバランスを崩して顔面から落下した。 〇〇さんは、口腔内からの出血と鼻血が出たため、職員の〇〇が応急手当てを行った。本人は元気なようすではあったが、その後、近所の〇〇医院に同日の〇時〇分頃受診した。診察の結果、衝撃により口腔内に傷がついたことによる出血があったものの、歯などに異常はなく、また骨折もみられないことが分かった。 受診と同時に、職員の〇〇から〇時〇分に母親に電話連絡をし事情を伝えた。 受診を終えて事業所に戻り、〇〇さんを安静にさせた。〇時〇分に母親が迎えに来たため、あたらためて事情を報告するとともに、帰宅後に本人の様子が悪くなった場合は、受診していただくこと、その際は職員の〇〇に連絡するよう依頼した。		

3 今後の再発防止

(反省点及び再発防止の取組み内容、管理者の所見)

- 〇事故等の発生を踏まえて、原因や反省点について話し合ったこと等を具体的に記載してください。
〇また、再発防止のために取り組むべき改善点や対応について具体的に記載してください。
〇今回の事故等を振り返り、管理者としての所見を記載してください。

※記入欄が不足する場合は、別紙（様式任意）にて記載してください。

管理者職・氏名（児童発達支援管理責任者兼管理者 〇〇 〇〇 ）連絡先（〇〇〇—〇〇〇〇）

(別紙)

※様式は任意で構いません。

○事故等発生から対応までを時系列で記載するなど、事故等の詳細な経過について記載してください。

○事故等が発生した場所や状況が分かるように『見取り図』を記載してください。

○その他、報告に必要な資料等を添付してください。