

障害児支援における安全管理等に関する調査研究

(事業所調査)

【ご回答方法】

- 以下のリンクから回答フォームを開いて回答をお願いします。



<https://onl.la/W1sm9aV>

※以下のいずれかの方法で回答フォームを開いてください。

- ・まずはインターネットに接続したパソコンまたはスマートフォンを準備してください。
(パソコンの場合)
- ・上記回答フォームのリンク先(青文字、下線部分)をクリックしてください。
- ・クリックできない場合やクリックしても開かない場合には、リンク先「<https://onl.la/W1sm9aV>」を直接手入力で打ち込んでください。
(スマートフォンの場合)
- ・カメラより、QRコードを読み込んでください。

【ご回答上の留意点】

- 本調査は任意調査です。調査への協力の有無によって罰則や不利益等はありませんが、ご協力をいただければ幸いです。
- 回答は、次の事業・サービスごとに回答をお願いします。多機能事業所の場合は、お手数ですが、事業・サービスごとに調査票への回答をお願いいたします。同一法人で同じ事業・サービスの事業所を複数もっている場合、それらを事業・サービスごとにまとめて回答することは差し支えありませんが、まとめるのは、同一市区町村内に所在する場合でお願いします。
 - ・ 児童発達支援センター
 - ・ 児童発達支援
 - ・ 医療型児童発達支援
 - ・ 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
- ・ 障害児入所施設（福祉型）
- ・ 障害児入所施設（医療型）
- ・ 短期入所（障害児を対象としている場合に限る）
- ・ 日中一時支援（障害児を対象としている場合に限る）
- ・ 居宅介護（障害児を対象としている場合に限る）

■ 調査は途中での一時保存はできません。回答を開始する前に、調査票をご覧ください、回答を準備してから開始してください。

■ 本調査は、**2023（令和5）年9月15日（金）15時まで**にご回答をお願いいたします。

【事業内容に関するお問い合わせ】

社会福祉法人 麦の子会 PRD 室
推進事業 事務局

E-MAIL : m.research29muginoko@gmail.com

電話 : 080-7618-7771

担当 : 本池・志智

（電話対応 : 火・水・木 13:30-17:30）

I 基礎情報について

基礎情報については、特に支障がない場合には、2023（令和 5）年 8 月 1 日現在でご記入下さい。

1. 設置主体・運営主体

- 自治体 社会福祉法人（社会福祉事業団、社会福祉協議会を除く） 株式会社
合同会社 有限会社 一般社団法人 NPO 法人
医療法人 社会福祉協議会 社会福祉事業団 学校法人
その他（ ）

2. 設立年次

(1) 設立主体・運営主体の開設年（西暦）

プルダウンで選択（1970～2023）

(2) 貴事業所の開設年（西暦）

プルダウンで選択（1970～2023）

※同一市区町村内の複数事業所をまとめて回答する場合は、最も古い事業所について選択してください。

3. 事業所の所在地（都道府県）

4. 事業所の所在地（市区町村）

例) ○○市、○○町、○○村、○○区（東京都 23 区の場合のみ）

5. 従業者数

令和 5 年 4 月 1 日現在での回答をお願いします。職種は資格の有無ではなく、当該事業所でその職種の業務を行っているかどうかで回答してください。（例：看護師資格を持っていても看護業務には従事しておらず児童指導員として勤務している場合には「児童指導員」に該当）

一人もない場合には、「0」を入力してください。

多機能事業所の場合は、事業所全体ではなく本調査票で回答する事業について回答してください。

		うち、非常勤
総従事者数	<input type="text"/>	<input type="text"/>
児童発達支援管理責任者	<input type="text"/>	<input type="text"/>
保育士	<input type="text"/>	<input type="text"/>
児童指導員	<input type="text"/>	<input type="text"/>
指導員	<input type="text"/>	<input type="text"/>
看護職員	<input type="text"/>	<input type="text"/>
心理担当職員	<input type="text"/>	<input type="text"/>
その他	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. 現場にでている従業員数（一日平均）（人/日）

多機能事業所の場合は、事業所全体ではなく本調査票で回答する事業について回答してください。

人/日

7. 施設・事業所名

注）本調査は、施設・事業所の個別状況を把握するものではありません。「施設・事業所名」は、重複登録の確認のみに用います。ご記載をお願いできればと思いますが、記載は任意です。

8. 施設・事業所名（ふりがな）

9. 対象としている障害児の年齢

該当するものをすべて選択してください。

- 乳幼児（0歳～1歳）
- 幼児（1歳～就学前）
- 小学生
- 中学生
- 高校生

10. 事業所の種類

事業所の種類（事業・サービス）について一つ選択してください。多機能事業所の場合は、本調査票で回答するものを選択してください。

- ①児童発達支援センター
- ②児童発達支援
- ③医療型児童発達支援
- ④放課後等デイサービス

- ⑤居宅訪問型児童発達支援
- ⑥保育所等訪問支援
- ⑦障害児入所施設（福祉型）
- ⑧障害児入所施設（医療型）
- ⑨短期入所（障害児を対象としている場合に限る）
- ⑩日中一時支援（障害児を対象としている場合に限る）
- ⑪居宅介護（障害児を対象としている場合に限る）

①～④ → Ⅱ - 1 へ

⑤～⑪ → Ⅱ - 2 へ

II - 1 利用者の状況と提供サービスの内容

本設問は、児童発達支援センター、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービスを対象にしています。多機能事業所の場合は、事業所全体ではなく本調査票で回答する事業について回答してください。

1. 事業所の定員数

令和5年4月1日現在。

人

2. 事業所の利用者数

(1) 在籍するこどもの実人数

令和5年4月1日現在。

人

(2) 事業所の利用延べ人数

令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間。

正確な数が不明な場合には、おおよその数で構いません。

人

3. 利用しているこどもの特性

診断の有無ではなく、可能性が考えられる場合として回答してください。

発達障害児	<input type="text"/>	人程度
身体障害児	<input type="text"/>	人程度
知的障害児	<input type="text"/>	人程度
精神障害児	<input type="text"/>	人程度
難病	<input type="text"/>	人程度
難聴児	<input type="text"/>	人程度
視覚障害児	<input type="text"/>	人程度
医療的ケア児	<input type="text"/>	人程度
重度心身障害児	<input type="text"/>	人程度

※プルダウンで0人、1人～5人程度、6人から10人程度と5人程度範囲で回答

4. 提供サービスについて

(1) 個別・集団支援の実施について（複数回答）

実施しているものを選択してください。

個別支援・療育（集団支援・療育内での個別支援・療育を除く）

集団支援・療育

(2) 利用者一人当たりの主なサービス提供時間

※複数の活動形態がある場合は1週間のなかでの最も長いサービス提供時間を回答してください。

30分未満

31分～1時間未満

1時間～2時間未満

2時間～3時間未満

3時間～4時間未満

4時間～6時間未満

6時間～8時間未満

8時間以上

5. 重症心身型の指定の有無

指定あり

指定なし

II - 2 利用者の状況と提供サービスの内容

本設問は、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援、障害児入所施設（福祉型）、障害児入所施設（医療型）、短期入所、日中一時支援、居宅介護を対象としています。多機能事業所の場合は、事業所全体ではなく本調査票で回答する事業について回答してください。

1. 事業所の定員数

令和5年4月1日現在。

人

2. 事業所の利用者数

(1) 在籍するこどもの実人数

令和5年4月1日現在。

人

(2) 事業所の利用延べ人数

令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間。

人

3. 利用しているこどもの特性

診断の有無ではなく、可能性が考えられる場合として回答してください。

発達障害児	<input type="text"/>	人程度
身体障害児	<input type="text"/>	人程度
知的障害児	<input type="text"/>	人程度
精神障害児	<input type="text"/>	人程度
難病	<input type="text"/>	人程度
難聴児	<input type="text"/>	人程度
視覚障害児	<input type="text"/>	人程度
医療的ケア児	<input type="text"/>	人程度
重度心身障害児	<input type="text"/>	人程度

※プルダウンで0人、1人～5人程度、6人から10人程度と5人程度範囲で回答

III 事故等の概要

1. 自治体への事故報告

(1) 自治体から事故報告が求められている事故の範囲

自治体から事故報告が求められている事故として該当するものをすべて選択してください。(複数選択可)

- 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行方不明・見失い(無断外出・飛び出し・置き去り等を含む)
- ⑤その他の事故()

(2) 自治体への事故報告

事故報告は、どの自治体に提出していますか。該当するものをすべて選択してください。

- ①事業所の所在する都道府県
- ②事業所の所在する市区町村
- ③受給者証を発行している自治体(事業所の所在外の自治体が発行している場合には当該自治体にも報告している)
- ④その他()

2. 死亡事故、入院を要した事故、医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故

①死亡事故

(ア) 令和2年4月1日～令和5年3月31日の3年間、事業所内で死亡事故はありましたか。

- ・あった → (イ)へ
- ・なかった →②入院事故へ

(イ) 令和2年4月1日～令和5年3月31日の3年間、事業所内で死亡事故は何件ありましたか。

() 件

(ウ) 自治体への報告

上記(イ)で回答した事故(死亡事故)について自治体に報告しましたか。発生した事故のうち、自治体に報告した件数を記載してください。1件も報告していない場合には、0を記載してください。

() 件

(エ) 事故等の状況①：事故誘因(件数)

当該事故(死亡事故)の事故誘因の回答をお願いします。

誘因が複数に該当する場合には、それぞれに計上してください。

食中毒等の1回の事故で複数の被害児がいた場合でも、件数(1件)として計上してください。

	件数
1.遊具・窓等からの転落・落下	
2.溺水	
3.アナフィラキシー・アレルギーによるもの	
4.自らの転倒・衝突によるもの	
5.こどもの同士の衝突によるもの	
6.他児から危害を加えられたもの	
7.玩具・遊具等施設・設備の安全上の不備によるもの	
8.薬の誤与薬	
9.誤飲・誤食・異食（飲食物ではないものを食べたり飲んだりした）	
10.誤嚥・窒息	
11.窒息（誤嚥以外の睡眠中等）	
12.交通事故	
13.熱中症	
14.医療的ケアに関すること	
15.病気（てんかん発作等含む）	
16.自傷	
17.自殺未遂	
18.心臓系の突然発作	
19.凍傷	
20.職員による暴力・虐待等	
21.食中毒	
22.感染症	
23.虫（ハチ等）にさされた	
24.マムシ等にかまれた	
25.火傷	
26.行方不明・見失い（無断外出・飛び出し・置き去り等を含む）	
27.その他	

「27.その他」に該当があった場合には、事故誘因の記載をお願いします。

--

(オ) 事故等の状況②：発生状況（件数）

当該事故（死亡事故）の発生状況（件数）の回答をお願いします。

食中毒等の1回の事故で複数の被害児がいた場合でも、件数（1件）として計上してください。

	件数
--	----

1.午睡中	
2.食事中（おやつ含む）	
3.水遊び・プール活動中	
4.登園・降園中（送迎中）	
5.イベント中（特別な活動中）	
6.入浴中	
7.夜間睡眠中	
8.スポーツ中	
9.屋外活動中（上記のいずれにも該当しない場合）	
10.室内活動中（上記のいずれにも該当しない場合）	
11.その他	

「11.その他」に該当があった場合には、発生状況の記載をお願いします。

②入院を要した事故

（ア）事故の有無

令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間、入院を要した事故（持病による入院等は除く）

はありましたか。

・あった →（イ）へ

・なかった →③医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故へ

（イ）事故の件数

令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間、事業所内で入院を要した事故（持病による入院等は除く）は何件ありましたか。

（ ）件

（ウ）自治体への報告

上記（イ）で回答した事故（入院を要した事故）について自治体に報告しましたか。発生した事故のうち自治体に報告した件数を記載してください。1件も報告していない場合には、0を記載してください。

（ ）件

（エ）事故等の状況①：事故誘因（件数）

当該事故（入院を要した事故）の事故誘因の回答をお願いします。

誘因が複数に該当する場合には、それぞれに計上してください。

食中毒等の1回の事故で複数の被害児がいた場合でも、件数（1件）として計上してください。

	件数
1.遊具・窓等からの転落・落下	
2.溺水	
3.アナフィラキシー・アレルギーによるもの	
4.自らの転倒・衝突によるもの	
5.こどもの同士の衝突によるもの	
6.他児から危害を加えられたもの	
7.玩具・遊具等施設・設備の安全上の不備によるもの	
8.薬の誤与薬	
9.誤飲・誤食・異食（飲食物ではないものを食べたり飲んだりした）	
10.誤嚥・窒息	
11.窒息（誤嚥以外の睡眠中等）	
12.交通事故	
13.熱中症	
14.医療的ケアに関すること	
15.病気（てんかん発作等含む）	
16.自傷	
17.自殺未遂	
18.心臓系の突然発作	
19.凍傷	
20.職員による暴力・虐待等	
21.食中毒	
22.感染症	
23.虫（ハチ等）にさされた	
24.マムシ等にかまれた	
25.火傷	
26.行方不明・見失い（無断外出・飛び出し・置き去り等を含む）	
27.その他	

「27.その他」に該当があった場合には、事故誘因の記載をお願いします。

--

(オ) 事故等の状況②：発生状況（件数）

当該事故（入院を要した事故）の発生状況（件数）の回答をお願いします。

食中毒等の1回の事故で複数の被害児がいた場合でも、件数（1件）として計上してください。

	件数
1.午睡中	
2.食事中（おやつ含む）	
3.水遊び・プール活動中	
4.登園・降園中（送迎中）	
5.イベント中（特別な活動中）	
6.入浴中	
7.夜間睡眠中	
8.スポーツ中	
9.屋外活動中（上記のいずれにも該当しない場合）	
10.室内活動中（上記のいずれにも該当しない場合）	
11.その他	

「11.その他」に該当があった場合には、発生状況の記載をお願いします。

③ (②入院を要した事故以外の) 医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故

(ア) **令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間**、(②入院を要した事故以外の) 医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故はありましたか。

・あった → (イ)へ

・なかった → 3. 医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故以外についてへ

(イ) **令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間**、事業所内で(②入院を要した事故以外の) 医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故は何件ありましたか。

() 件

(ウ) 自治体への報告

上記(イ)で回答した事故(医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故)について自治体に報告しましたか。発生した事故のうち、自治体に報告した件数を記載してください。1件も報告していない場合には、0を記載してください。

() 件

(エ) 事故等の状況④：事故誘因(件数)

当該事故(医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故)の事故誘因の回答をお願いします。

誘因が複数に該当する場合には、それぞれに計上してください。

食中毒等の1回の事故で複数の被害児がいた場合でも、件数(1件)として計上してください。

	件数
1.遊具・窓等からの転落・落下	
2.溺水	
3.アナフィラキシー・アレルギーによるもの	
4.自らの転倒・衝突によるもの	
5.こどもの同士の衝突によるもの	
6.他児から危害を加えられたもの	
7.玩具・遊具等施設・設備の安全上の不備によるもの	
8.薬の誤与薬	
9.誤飲・誤食・異食（飲食物ではないものを食べたり飲んだりした）	
10.誤嚥・窒息	
11.窒息（誤嚥以外の睡眠中等）	
12.交通事故	
13.熱中症	
14.医療的ケアに関すること	
15.病気（てんかん発作等含む）	
16.自傷	
17.自殺未遂	
18.心臓系の突然発作	
19.凍傷	
20.職員による暴力・虐待等	
21.食中毒	
22.感染症	
23.虫（ハチ等）にさされた	
24.マムシ等にかまれた	
25.火傷	
26.行方不明・見失い（無断外出・飛び出し・置き去り等を含む）	
27.その他	

「27.その他」に該当があった場合には、事故誘因の記載をお願いします。

(オ) 事故等の状況②：発生状況（件数）

当該事故（医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故）の発生状況（件数）の回答をお願いします。

食中毒等の1回の事故で複数の被害児がいた場合でも、件数（1件）として計上してください。

	件数
1.午睡中	
2.食事中（おやつ含む）	
3.水遊び・プール活動中	
4.登園・降園中（送迎中）	
5.イベント中（特別な活動中）	
6.入浴中	
7.夜間睡眠中	
8.スポーツ中	
9.屋外活動中（上記のいずれにも該当しない場合）	
10.室内活動中（上記のいずれにも該当しない場合）	
11.その他	

「11.その他」に該当があった場合には、発生状況の記載をお願いします。

--

3. 医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故以外について

(1) 事故、ヒヤリ・ハット等の認識

医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故以外について、どこまでを事故やヒヤリ・ハットと認識していますか。なお、ここでいうヒヤリ・ハットとは、おおよその状況を把握して対応策・再発防止策を検討する等、事故につながる可能性がある出来事として事業所として受け止めているものをいいます。最も近いものを選択してください。

	例	選択肢
①こどもの安全に関わる出来事や環境があったが、こどもに影響が及ぶ前に気づいた	・施設内の手を挟みやすい場所に、気づいた。(こどもが手を挟むおそれがあったが、その前に気づいた)	①事故 ②ヒヤリ・ハット ③ヒヤリ・ハットではない ④わからない(考えたことはない) ⑤その他
②こどもの安全に関わる出来事や環境があり、こどもに影響があったが、こどもには健康被害は生じなかった	・こどもが施設内の扉で軽く手を挟んだが、ケガはなく、こどもが痛みを訴えてもいない。	①事故 ②ヒヤリ・ハット ③ヒヤリ・ハットではない ④わからない(考えたことはない) ⑤その他
③こどもの安全に関わる出来事や環境があり、一時的に観察が必要になったり、検査が必要になったりしたが、治療や処置は必要がなかった	・こどもが施設内の扉で指を挟み、少し赤くなっていたが、痛がってはならず、帰る時間にはおさまっていた。	①事故 ②ヒヤリ・ハット ③ヒヤリ・ハットではない ④わからない(考えたことはない) ⑤その他
④こどもの安全に関わる出来事や環境があり、本来必要ではなかった治療や処置が必要になったが、医療機関での治療は要しなかった(自施設で消毒・処置等)	・こどもが施設内の扉で手を挟み、腫れて少量の出血があったので、絆創膏をはり、冷やした。 (医療機関を受診するほどではなかった)	①事故 ②ヒヤリ・ハット ③ヒヤリ・ハットではない ④わからない(考えたことはない) ⑤その他

(2) ヒヤリ・ハット等の状況①：誘因(件数)

医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故以外のこどもの安全に関するヒヤリ・ハット等について、事業所として把握しているヒヤリ・ハット等の状況(誘因)の**おおよその件数について**回答をお願いします。**対象期間は、令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間**です。本設問は障害児支援のどこにどの程度事故につながる可能性があるのかを把握するためのものです。自施設で処置等の軽微な負傷、

実際に被害は生じなくても事故につながる可能性があった場合等を含めて、医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故以外のこどもの安全に関するヒヤリ・ハット等について幅広く回答をお願いします。

	プルダウン ・把握していない ・起こりえない（該当する時間帯、活動、場所等が存在しない） ・0 ・1 ・2～9 ・10～49 ・50～99 ・100以上
1.遊具・窓等からの転落・落下	
2.溺水	
3.アレルギーによるもの	
4.自らの転倒・衝突によるもの	
5.こどもの同士の衝突によるもの	
6.他児から危害を加えられたもの	
7.玩具・遊具等施設・設備の安全上の不備によるもの	
8.薬の誤与薬	
9.誤飲・誤食・異食（飲食物ではないものを食べたり飲んだりした）	
10.誤嚥	
11.熱中症	
12.医療的ケアに関すること	
13.病気（てんかん発作等含む）	
14.虫（ハチ等）にさされた	
15.マムシ等にかまれた	
16.行方不明・見失い（無断外出・飛び出し・置き去り等を含む）	
17.その他	

「17.その他」に該当があった場合には、事故誘因の記載をお願いします。

(3) ヒヤリ・ハット等の状況②：発生状況（件数）

医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故以外のこどもの安全に関するヒヤリ・ハット等について、事業所として把握しているヒヤリ・ハット等の発生状況のおおよその件数について回答をお願いします。対象期間は、令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間です。本設問は障害児支援のどこにどの程度事故につながる可能性があるのかを把握するためのものです。自施設で処置等の軽微な負傷、実際に被害は生じなくても事故につながる可能性があった場合等を含めて、医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故以外のこどもの安全に関するヒヤリ・ハット等について幅広く回答をお願いします。

	プルダウン ・把握していない ・起こりえない（該当する時間帯、活動、場所等が存在しない） ・0 ・1 ・2～9 ・10～49 ・50～99 ・100以上
1.午睡中	
2.食事中（おやつ含む）	
3.水遊び・プール活動中	
4.登園・降園中（送迎中）	
5.イベント中（特別な活動中）	
6.入浴中	
7.夜間睡眠中	
8.スポーツ中	
9.屋外活動中（上記のいずれにも該当しない場合）	
10.室内活動中（上記のいずれにも該当しない場合）	
11.その他	

「11.その他」に該当があった場合には、発生状況の記載をお願いします。

IV 安全管理

1. 安全管理の手引き

事業所内で事故防止のための安全管理に関する手引き等を作成していますか。

注) 手引き、ガイドライン、ルール、規程等の名称は問いません。事業所として、事故防止のための安全管理に関する手引き等を作成しているかどうか回答をお願いします。

作成している →設問2へ

作成していない →設問3へ

2. 安全管理の手引き等の内容

貴事業所の事故防止のための安全管理に関する手引き等に記載されている項目を選択してください。

注) 複数選択可。項目は完全に一致しなくても、同様の内容が含まれている場合には選択をお願いします。

①睡眠時

②入浴時

③活動時

④食事中（介助）

⑤食事（アレルギー等）

⑥移動時

⑦服薬管理

⑧てんかん等の発作時

⑨異物等の誤飲時

⑩送迎時

⑪把握漏れがおきないようにする

⑫家庭連携でのトラブル

⑬児童の突発的な行動等

⑭児童の抑制が効かない行動への対応

⑮災害対策等

⑯緊急時の連絡体制

⑰その他

「⑰その他」に該当があった場合には、記載をお願いします。

3. 安全管理に関する取り組み

事故防止のための安全管理に関する取り組みのうち、実施しているものを選択してください。

注) 複数選択可。

- ①手引きの見直しを定期的に行っている
- ②こどもの状態像等の共有等、職員間の連携に努めている
- ③関係機関と連携している
- ④安全管理に関する研修・訓練を実施している
- ⑤安全管理に関するチェックリストを作成している
- ⑥安全管理に関する委員会を設置している
- ⑦点検を行っている
- ⑧再発防止策を検討している
- ⑨職員に対して事故や再発防止策を周知している
- ⑩事故一覧（事故記録簿）を作成している
- ⑪その他

「⑪その他」に該当があった場合には、記載をお願いします。

「④安全管理に関する研修・訓練を実施している」場合には、どのような研修を行っていますか。行っている研修をすべて選択してください。

- 救急救命（心肺蘇生・AED等）
- エピペン
- アレルギー
- プール
- 交通安全
- 摂食研修
- アンガーマネジメント
- 失踪を防ぐための訓練
- 防災
- 不審者対応
- 人数確認
- その他（ ）

4. 安全管理に関する課題

事業所で事故防止のための安全管理を行う上で、課題や支障となっていることはありますか。該当があれば記載してください。

例) 職員のヒヤリ・ハット報告が消極的、どういう安全管理に関するマニュアルを作ってよいかわからない。

5. その他安全管理に関する意見

その他、お気づきの点等ございましたら、ご記入いただけますと幸いです。

V 安全管理の手引き等の送付のお願い

事業所で事故防止のための安全管理に関する手引き等を作成している場合には、手引き等の写しの提供にご協力いただけると幸いです。

提供いただいた手引き等については、本調査研究として作成する安全管理の手引き案作成の参考とさせていただくとともに、好事例集に盛り込ませていただく場合がございます。

VI 事故やヒヤリ・ハット等の情報提供のお願い

事業所において、次に該当する一覧を作成している場合や、個人を特定できない形に加工して提供していただける場合など、個人を特定できない形で提供していただけるものがある場合には、提供にご協力いただけると幸いです。

- ・自治体へ提出した事故報告（概要や詳細がわかるもの）
- ・自治体へ提出した以外の事故やヒヤリ・ハットの事例

【VとVIの送付方法・送付先】

- ・メールに添付ファイルにより送付

メールアドレス：m.research29muginoko@gmail.com

- ・FAXによる送付

FAX番号：011-776-6857

※送付先（社会福祉法人麦の子会 PRD室 推進事業事務局 本池・志智）の明記をお願いいたします

- ・郵送

〒007-0836

北海道札幌市東区北36条東9丁目1-1

社会福祉法人麦の子会 PRD室 推進事業事務局 本池・志智

郵送でお送りいただける場合、返信用封筒をお送りしますので、返信用封筒の送付先（郵便番号・住所・事業所名・担当者名）のをお願いいたします。

VII ヒアリング調査へのご協力をお願い

本調査研究では、今回のアンケート調査を踏まえて、6か所程度の事業所へのヒアリング調査を予定しております。

貴授業所がヒアリング先として選定された場合、ヒアリング調査への協力のご連絡をしてもよろしいでしょうか。貴授業所がヒアリング先として選定された場合、ヒアリング調査への協力のご連絡をしてもよい場合には、以下の連絡先の記入をお願いいたします。

実際にヒアリングをお引き受けいただけるかどうかや日程調整等は、ご連絡時に改めて相談させていただきます。なお、いただいた事業所や担当者の情報については、ヒアリング調査の依頼以外には使用しません。

施設・事業所名

住所

連絡先（電話番号）

連絡先（メールアドレス）

担当部署、担当者名

連絡事項等

全体を通じてお気づきの点や補足、連絡事項等がございましたらご記載ください。

お忙しい中、調査へのご協力を誠にありがとうございました。