

## 0. はじめに

全国の障害児通所支援事業所や障害児入所施設では日々こどものための良い支援を追い求めていることと思います。

しかし、こどもの幸せを求める支援の場所であるのにも関わらず、こどもにとって反対の重大な命に係わる事故等が起きているのも事実です。

障害児支援の場においての事故は残念ながら全国で起きています。

教育・保育施設等では、重大事故の国への報告の仕組み、事故のデータベース、安全管理のガイドライン、国としての再発防止の検証の仕組みがあります。

一方で、障害児入所施設・障害児通所支援事業所においては、安全管理の仕組みが整えられていません。教育・保育施設等と同等に障害児支援関係施設においても安全管理の仕組みを取り入れることは急務です。

今回の調査結果によると、同じような事故が繰り返し起こっています。良い支援、安全な支援のためには、データベースを作り、事後検証による再発防止策を国、自治体、事業所と共に進めていかなければなりません。事故により、こどもの命に係わること、また取り返しのつかない事が起こってしまうからでは、遅いからです。

児童発達支援センター、児童発達支援事業所においては、重篤な事故は、食事時の誤嚥や窒息、自らの転倒・衝突、遊具・窓等からの転落・落下、アナフィラキシー・アレルギー等で発生しています。また、自らの転倒・衝突、こどもの同士の衝突、他児からの危害、玩具・遊戯施設・設備の安全上の不備等で、事故が起こりやすい状況にあります。

放課後等デイサービスにおいては、重篤な事故は、行方不明・見失い中（溺水等）、食事時の誤嚥や窒息、遊具・窓等からの転落・落下、医療的ケアに関すること、病気（てんかん発作等を含む）、自らの転倒・衝突、こどもの同士の衝突、交通事故等で発生しています。

障害児入所施設では、全体に事故の発生率が高くなっており、生活全般で幅広い安全対策を行う必要があります。

児童発達支援センターにおいても、障害児入所施設においても、支援の時間が長くなることや、集団支援を行う場合には、より事故が起こりやすい傾向がありました。

重篤な事故はあってはいけないことです。安全教育や予防の取り組みを徹底することで防ぐことができた事故もあります。

毎日こどものために一生懸命支援をしている現場で事故が起こるのは悲しいことです。

忙しい日々の中で、安全対策を行うことは容易ではありませんが、起きてしまった事故や、科学的な事故防止の取り組みから学び、安全対策を講じることは、支援のおける先決事項なのです。良い支援は、安全は支援を行うこととイコールです。

今回の報告書では、調査データから事故の傾向をつかみ、またヒアリングにおいて実際の取り組みを知ることができました。その中で、安全委員会の未設置のところが多いという結果がありました。

安全を守るためには安全委員会の設置が重要です。また安全のための計画だけでは事故は防げません。事業所の意識の向上、ルールを守るための管理職のマネージメント、職員の意識改革と、実際に事故が起きた時に即座に対応するためのロールプレイなどの練習、声掛け、指差し確認やトレーニングも必要です。ヒューマンエラーを減らすためには、チームや事業所全体での安全に対する倫理観、意識を高めることや、ICTの活用も効果的です。子どもの命を守ることを第一に考えたことを実践、推進していかなければなりません。

改正児童福祉法においては、都道府県等が条例で定めることとされている児童福祉施設等の運営に関する基準のうち、「児童の安全の確保」に関するものについては、国が定める基準（省令）に従わなければならないこととなりました。これに伴い、障害児通所支援・入所支援においても、令和5年4月1日より安全に関する事項についての計画（以下「安全計画」という。）を各事業所等において策定すること（令和5年4月1日から1年間は努力義務とし、令和6年4月1日から義務化）とされています。

このような状況を踏まえて、この報告書と共にガイドラインを作成し、障害児支援に関わる事業者が、安全計画やマニュアルの作成を含む事故防止のための安全対策を各事業所で講じる上で参考となる基本的な内容を取りまとめました。

事故の予防と事故後の適切な対応をするには、マニュアルの作成や環境整備のほか、ヒヤリ・ハットとその振り返りから得られる重大事故の予防、こども一人一人の理解、障害に関する理解、組織や体制の構築、人材育成、時間的・人間的な余裕、職員間や組織内外のコミュニケーション等、様々な要素を重ね合わせ安全に関する取り組みをすすめていく必要があります。

各事業所に適した形で安全管理に取り組んでいただくことで、事故をできるだけ減らし、特に、死亡や重篤な事故が起きないように、こどもの安全が守られることを切に願います。なお、ガイドラインは、今後の運用状況等を踏まえて、見直しを行うべきものと考えています。

こどもの命を守る安全に基づいた支援は、こども本人はもちろん、こどもの保護者にとっても、こどもを支援している職員にとっても、運営している事業所にとっても最も大切なことです。こどもとこどもを取り巻く人たちの幸せにつながる事なのです。

この報告書が、こどもたちの幸せと安全を守るための取り組みに対する、管理職や職員を含む事業所全体の意識向上に寄与し、さらに自治体レベルでの実践にも役立つことを願っています。また、こどもの命を守る重要性に対する意識が深まり、科学に基づく安全予防策の定期的な学びと習得が、具体的な支援の場での実践へと繋がることを期待します。すべてのこどもたちの命が守られることを祈念しております。

令和6年3月吉日

社会福祉法人 麦の子会  
理事長 北川 聡子

# 目次

0. はじめに .....	1
1. 事業概要 .....	5
(1) 事業要旨 .....	5
(2) 事業の背景・目的 .....	7
(3) 事業内容 .....	8
(4) 実施体制 .....	12
2. アンケート調査 .....	14
3. ヒアリング調査 .....	15
(1) 調査の概要 .....	15
(2) 調査結果のまとめ .....	16
4. 障害児支援の安全管理に関するガイドラインの作成 .....	27
(1) ガイドラインの目的・背景 .....	27
(2) 障害児支援における安全管理のポイント .....	28
5. 総合的な考察と今後に向けての提案 .....	33
(1) 教育・保育施設等と障害児入所施設・障害児通所支援事業所における重大事故を防ぐための政府の取組の比較 .....	33
① 教育・保育施設等における重大事故を防ぐための政府の取組の現状 .....	33
② 障害児入所施設・障害児通所支援事業所の事故防止教育・保育施設等における重大事故を防ぐための政府の取組 .....	34
③ 教育・保育施設等と障害児入所施設・障害児通所支援事業所における重大事故を防ぐための政府の取組の比較 .....	36
④ 本調査研究を踏まえての提言 .....	37
(2) その他の制度上、予算上に関する事項 .....	38
① 国及び自治体への事故報告、国及び自治体の役割と対応すべき事項の明確化 .....	38
② 「安全計画」の作成を事業所等の指定基準への規定 .....	40
③ 事故予防対応研修 .....	41
④ 安全管理に必要な設備を整えるための予算上の措置 .....	42
⑤ 安全委員会の設置の義務化 .....	42
⑥ ヒューマンエラーを補う ICT・デバイス等の活用の検討、導入補助、研究 .....	43
⑦ 人員配置 .....	43
(3) その他の事項 .....	43
① 事故とヒヤリ・ハットという用語について .....	43
② 国による検討委員会の実施等 .....	44
6. 結果の公表方法 .....	44



## 1. 事業概要

### (1) 事業要旨

本調査研究は、こどもの安全を守るため、障害児支援において発生した事故等の実態を把握し、事業者が留意すべき安全管理等に必要な要素を整理・検討するとともに、参考とすべき安全管理に関するガイドライン案を作成することを目的に実施した。

背景には、児童福祉法等の一部を改正する法律（令和4年法律第66号）において、都道府県等が条例で定めることとされている児童福祉施設等の運営に関する基準のうち、「児童の安全の確保」に関するものについては、国が定める基準（省令）に従わなければならないこととする改正が行われ、これに伴い、障害児通所支援・入所支援においても、令和5年4月1日より、こどもの安全の確保を図るため、安全計画の策定が義務付けられることになったことがある。（経過措置により令和6年3月31日までは努力義務）

#### [障害児支援における事故や安全管理の実態把握]

本調査研究では、障害児支援において発生した事故等や安全管理の実態等の把握のため、アンケート調査（自治体調査、施設・事業所調査）を実施した。

自治体調査は、重篤な事故の実態を把握すること、事業所向けの事故防止のための安全管理の手引きの作成状況、自治体としての事故発生後の対応、事故報告の対応や方針等の自治体の安全管理の実態等を把握することを目的として、都道府県と市区町村を対象に悉皆調査として実施し、都道府県35件（回答率：74%）、基礎自治体：732件（回答率：42%）から回答を得た。

調査結果の詳細は報告書別冊1のとおりであるが、障害児支援における重篤な事故等の実態を把握したほか、事故の報告先が自治体ごと事業所ごとに異なっており、事故報告の情報が集約化されておらず、自治体種間（都道府県や市町村など）、事業種間で共有されていない状況にあるという実態が浮かび上がった。

施設・事業所調査は、事故につながりやすい状況・場面や、実際に事故につながっている場面や状況を把握するとともに、施設・事業所における事故防止のための安全管理の手引きの作成等の安全管理の取組を収集すること等を目的として、実施した。全国の障害児通所支援事業所（児童発達支援センター、児童発達支援、放課後等デイサービス、医療型児童発達支援、保育所等訪問支援）、全国の障害児入所施設（福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、短期入所）、日中一時支援、居宅介護を対象として実施し、5341件の有効回答を得た。

調査結果の詳細は報告書別冊1のとおりであるが、障害児支援においては、食事  
中の誤嚥や窒息、行方不明・見失い中の事故（溺水等）、入所施設における夜間睡眠  
中の事故、転倒や衝突、アナフィラキシー・アレルギーによるもの、遊具・窓等か  
らの落下、医療的ケアに関する事故等の痛ましく重篤な事故が発生していることが  
わかった。

事故の起こりやすさや事故の誘因・発生状況は、事業所等の種別、支援内容、利  
用時間、組織や体制、利用しているこどもの特性など様々な要因が影響を与えてい  
るが、事業種別にみると、次のような傾向がみられた。

- ・ 児童発達支援センター、児童発達支援事業所においては、重篤な事故は、食  
事中の誤嚥や窒息、自らの転倒・衝突、遊具・窓等からの転落・落下、アナ  
フィラキシー・アレルギー等で発生している。また、自らの転倒・衝突、こ  
どもの同士の衝突、他児からの危害、玩具・遊戯施設・設備の安全上の不備  
等で、事故が起こりやすい状況にある。支援の時間が長くなることや、集団  
支援を行う場合には、より事故が起こりやすい傾向があった。
- ・ 放課後等デイサービスにおいては、重篤な事故は、行方不明・見失い中（溺  
水等）、食事中的誤嚥や窒息、遊具・窓等からの転落・落下、医療的ケアに関  
すること、病気（てんかん発作等を含む）、自らの転倒・衝突、こどもの同士  
の衝突、交通事故等で発生していた。
- ・ 障害児入所施設では、全体に事故の発生率が高くなっており、生活全般で幅  
広い安全対策を行う必要がある。

#### [事業者向けの安全管理のガイドライン案の作成]

また、本調査研究では、事業者が留意すべき安全管理等に必要な要素を整理・検  
討するとともに、参考とすべき安全管理に関するガイドライン案を作成した。（参  
照：報告書別冊2）

既存の障害児支援に関連する安全管理に関するガイドライン等については、「児童  
福祉施設における事故防止について」（昭和46年7月31日児発第418号厚生省児  
童家庭局長通知）や「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関  
する取り組み指針」（平成14年3月28日福祉サービスにおける危機管理に関する  
検討会）があるものの、これらは障害児支援に特化したものではなく、また、策定  
から時間が経っていることもあり、現状を踏まえた障害児支援に特化した安全  
管理に関するガイドラインの整備が望まれている状況にあった。

このため、本調査研究では、アンケート調査・ヒアリング調査や検討委員会の議  
論を踏まえるほか、関連するガイドライン等を参考して、障害児支援に関わる事業

者が、安全計画やマニュアルの作成を含む事故防止のための安全対策を各事業所で講じる上で参考となる基本的な内容を取りまとめたガイドライン案を作成した。

ガイドライン案の策定にあたっては、安全管理に関するガイドライン案に掲載する内容の詳細な把握と、作成に当たり有すべき視点、掲載すべき内容等を伺うことを目的として、アンケート調査（施設・事業所調査）の結果や検討委員の意見を踏まえて、10か所に対してヒアリング調査も実施した。

以上のように、本調査研究は、こどもの安全を守るため、障害児支援において発生した事故等の実態を把握し、事業者が留意すべき安全管理等に必要な要素を整理・検討するとともに、参考とすべき安全管理に関するガイドライン案を作成することを目的に実施したものであり、それらについては、記載しているとおりであるが、今後の障害児支援の安全管理の在り方については、特に保育施設との違いを中心に、検討委員から活発な意見や検討、提案がなされたため、それらを、総合的な考察と今後に向けての提言として、整理して取りまとめた。（参照：「5. 総合的な考察と今後に向けての提案」）

## （2）事業の背景・目的

児童福祉法等の一部を改正する法律（令和4年法律第66号）において、都道府県等が条例で定めることとされている児童福祉施設等の運営に関する基準のうち、「児童の安全の確保」に関するものについては、国が定める基準（省令）に従わなければならないこととする改正が行われた。これに伴い、障害児通所支援・入所支援においても、令和5年4月1日より、こどもの安全の確保を図るため、安全計画の策定が義務付けられ（経過措置により令和6年3月31日までは努力義務）、その整備の推進が望まれる。

他方で、障害児支援に関連する安全管理に関するガイドライン等については、「児童福祉施設における事故防止について」（昭和46年7月31日児発第418号厚生省児童家庭局長通知）や「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針」（平成14年3月28日福祉サービスにおける危機管理に関する検討会）があるものの、これらは障害児支援に特化したものではなく、障害児支援に特化した安全管理に関するガイドラインの整備が望まれる。

また、保育所等における事故については、国への事故報告の仕組みや事故のデータベースがある一方、障害児支援における事故については、都道府県、市町村等への報告の仕組みはあるが、国への報告の仕組みがなく、国としては実態を把握しきれていない状況にある。

このような状況に鑑み、こどもの安全を守るため、障害児支援において発生した事故等の実態を把握し、事業者が留意すべき安全管理等に必要な要素を整理・検討するとともに、参考とすべき安全管理に関するガイドライン案を作成することを目的に本研究を実施する。

### (3) 事業内容

#### ① 検討委員会の設置

調査研究内容、実施方法、ガイドライン案の内容等について検討を行うに当たり、専門的な見地からご意見を頂くため、安全管理の有識者、児童福祉施設や障害児入所施設、障害児通所支援事業所の現場に精通している関係団体及び有識者等で構成する検討委員会を設置・開催した。

検討委員会の実施状況は以下のとおり。

回	日時・場所	検討内容
1	7月18日(火) ハイブリッド(東京/Zoom)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業実施概要の説明</li> <li>・本調査研究全体の概要・進め方の確認</li> <li>・既存のガイドライン等の確認</li> <li>・アンケート調査項目案の提示・方針決定</li> <li>・安全管理ガイドライン案の全体構成案の検討</li> </ul>
2	10月24日(火) ハイブリッド(東京/Zoom)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アンケート集計結果(速報)の確認</li> <li>・ヒアリング実施概要、対象先の検討・決定</li> <li>・安全管理ガイドライン案の全体構成案の検討</li> </ul>
3	1月17日(水) ハイブリッド(札幌/Zoom)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ヒアリング結果の確認</li> <li>・アンケート調査結果の確認</li> <li>・安全管理ガイドライン案の作成</li> <li>・報告書の方向性について</li> </ul>
4	2月20日(火) ハイブリッド(東京/Zoom)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安全管理ガイドライン案の作成</li> <li>・報告書案の作成</li> </ul>

#### ② アンケート調査

障害児入所施設・障害児通所支援事業所での事故の状況の把握、安全管理に関する計画の策定事例、取組状況に関する実態把握と、適切なヒアリング調査対象を選定するための情報収集を目的に、アンケート調査(i. 自治体調査、ii. 施設・事業所調査)を実施した。

##### i. 自治体調査

○調査の目的：

- ・ 障害児入所施設・通所支援事業所において発生した死亡事故等の重篤な事故の実態を把握する。
- ・ 事業所（障害児入所施設・通所支援事業所）向けの事故防止のための安全管理の手引きの作成状況、自治体としての事故発生後の対応、事故報告の対応や方針等の自治体の安全管理の実態を把握する。

○調査対象：

- ・ 都道府県、市区町村

○調査方法：

- ・ こども家庭庁より電子メールで調査票（エクセル）を送付
- ・ 回答は事務局へメール（エクセルを添付）で送付

○調査期間：8月14日～9月22日

○有効回答：

- ・ 都道府県：35件（回答率：74%）
- ・ 基礎自治体：732件（回答率：42%）

○調査内容：

- ・ 障害児入所施設、障害児通所支援事業所等からの事故報告の受付件数
- ・ 管内の施設・事業所向け安全管理のガイドライン作成の有無
- ・ 事故報告を受け付けた後の対応
- ・ 事故報告の期間 等

ii. 施設・事業所調査

○調査の目的：

- ・ 事故防止のための安全管理のガイドラインの作成等を念頭に、障害児入所施設・通所支援事業所において、事故につながりやすい状況・場面や、実際に事故につながっている場面や状況を把握する。
- ・ 事故防止のための安全管理のガイドラインの作成や適切なヒアリング調査先の選定等を念頭に、障害児入所施設・通所支援事業所における事故防止のための安全管理のガイドラインの作成等の安全管理の取組や好事例を収集する。

○調査対象：

- ・ 全国の障害児入所施設、障害児通所支援事業所

○調査方法：

- ・ こども家庭庁より自治体へ電子メールで送付し、自治体から事業者へ電子メールで送付

- ・ 回答は Web（グーグルフォーム）
- 調査期間：8月14日～9月15日
- 有効回答：5341件
- 調査内容：
  - ・ 事故やヒヤリ・ハットの発生状況（件数、誘因、発生状況）
  - ・ 自治体への事故報告
  - ・ 安全管理のガイドラインの作成状況や内容
  - ・ 安全管理に関する取組 等

### ③ ヒアリング調査

安全管理に関するガイドライン案に掲載する内容の詳細な把握と、作成に当たり有すべき視点、掲載すべき内容等を伺うことを目的に、障害児入所施設・障害児通所支援事業所を対象としたヒアリング調査を実施した。

- 調査対象：
  - ・ 障害児入所施設、障害児通所支援施設（全10か所）
- 調査時期
  - ・ 12月
- 方法
  - ・ 事務局がヒアリング対象自治体・施設等への聞き取りを行い、取りまとめた結果を検討委員会で報告する方法で実施。
  - ・ 対面もしくは Zoom により 1.5 時間程度のヒアリングを実施。
- 調査内容：
  - ・ 事業所における安全管理のマニュアルの作成状況とその内容
  - ・ 事故やヒヤリ・ハットの発生状況（件数、誘因、発生状況）と発生時の対応
  - ・ 自治体への事故報告
  - ・ 安全管理に関する取組
  - ・ 安全管理に関する体制
  - ・ 事故防止の取組 等
- 抽出方法：
  - ・ アンケート調査から得られた施設・事業所の記載内容から、ヒアリング先として適切な対象を抽出。
  - ・ 検討委員会委員からも適切と思われる施設・事業所を推薦頂く。

上記の方法で選定した対象にヒアリング調査を実施した。実施した施設・事業所は以下のとおり。

	名称	事業種別	所在地	日程・方法
1	大阪精神医療センター	医療型障害児入所施設	大阪府枚方市	12/12（火） 対面
2	アレーズ秋桜	福祉型障害児入所施設 （聴覚障害児対象）	東京都葛飾区	12/25（月） 対面
3	くれよん	児童発達支援センター	奈良県奈良市	12/5（火） 対面
4	チャイルドハート 波佐見	児童発達支援・放課後 等デイサービス	長崎県東彼杵郡	12/19（火） 対面
5	ビーンズキッズ& ジュニア	児童発達支援・放課後 等デイサービス	神奈川県横浜市	12/5（火） 対面
6	コペルプラス与野 教室	児童発達支援	埼玉県与野市	12/13（水） 対面
7	加古川市立こども 療育センター	児童発達支援センター	兵庫県加古川市	12/13（水） 対面
8	児童デイサービス あん	児童発達支援事業・放 課後等デイサービス	京都府綴喜郡	12/18（月） 対面
9	オリブ園	児童発達支援センター	秋田県秋田市	12/22（金） Zoom
10	ほわわ花見堂	重心型児童発達支援	東京都世田谷区	12/20（水） Zoom

#### ④ 障害児支援の安全管理に関するガイドライン案

アンケート調査・ヒアリング調査や検討委員会の議論を踏まえるほか、「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針の報告」（平成14年）、「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」（平成28年3月）の構成・項目等も参考して、障害児支援の安全管理に関するガイドライン案を作成した。

#### (4) 実施体制

##### 検討委員

氏名	所属・役職等
猪熊 弘子	駒沢女子短期大学保育科 教授、一般社団法人子ども安全計画研究所 代表理事
北川 聡子	全国児童発達支援協議会 副会長、社会福祉法人麦の子会 理事長
斉藤 誠	浦安市福祉部 こども発達センター 所長
高橋 俊之	(株)日本総合研究所 特任研究員、前厚生労働省年金局長
田中 栄至	社会福祉法人六方学園 業務執行理事、広島県知的障害者福祉協会 理事
田村 和宏	立命館大学産業社会学部 教授
藤井 康弘	一般社団法人共生社会推進プラットフォーム 理事長、元厚生労働省障害保健福祉部長
山下 真智子	北海道保健福祉部福祉局障がい者保健福祉課 課長補佐
米山 明	社会福祉法人 全国心身障害児福祉財団 全国療育相談センターセンター長

##### オブザーバー

氏名	所属・役職等
鈴木 久也	こども家庭庁支援局障害児支援課 課長補佐
大塚 慎之介	こども家庭庁支援局障害児支援課 移行支援専門官
岡崎 俊彦	こども家庭庁支援局障害児支援課 障害福祉専門官

##### 事務局

氏名	所属・役職等
古家 好恵	社会福祉法人麦の子会 統括部長
北川 史花	社会福祉法人麦の子会 企画・調査研究・開発 (PRD) 室 室長
本池 愛	社会福祉法人麦の子会 企画・調査研究・開発 (PRD) 室 室長補佐
志智 多美子	社会福祉法人麦の子会 企画・調査研究・開発 (PRD) 室 調査研究担当
高田 隆一	社会福祉法人麦の子会 企画・調査研究・開発 (PRD) 室 調査研究担当

櫻井 建太	社会福祉法人麦の子会 安全・リスクマネジメント委員会 委員長
尾北 茉里耶	社会福祉法人麦の子会 安全・リスクマネジメント委員会 副委員長
尾西 洋平	アンケート調査分析担当（保育士・公認心理士）

## 2. アンケート調査

「報告書別冊1. 自治体調査 施設・事業所調査」を参照。

### 3. ヒアリング調査

#### (1) 調査の概要

安全管理に関するガイドライン案に掲載する内容の詳細な把握と、作成に当たり有すべき視点、掲載すべき内容等を伺うことを目的に、障害児入所施設・障害児通所支援事業所を対象としたヒアリング調査を実施した。

○調査対象：

- ・ 障害児入所施設、障害児通所支援施設（全 10 か所）

○調査時期

- ・ 12 月

○方法

- ・ 事務局がヒアリング対象自治体・施設等への聞き取りを行い、取りまとめた結果を検討委員会で報告する方法で実施。
- ・ 対面もしくは Zoom により 1.5 時間程度のヒアリングを実施。

○調査内容：

- ・ 事業所における安全管理のマニュアルの作成状況とその内容
- ・ 事故やヒヤリ・ハットの発生状況（件数、誘因、発生状況）と発生時の対応
- ・ 自治体への事故報告
- ・ 安全管理に関する取組
- ・ 安全管理に関する体制
- ・ 事故防止の取組 等

○抽出方法：

- ・ アンケート調査から得られた施設・事業所の記載内容から、ヒアリング先として適切な対象を抽出。
- ・ 検討委員会委員からも適切と思われる施設・事業所を推薦頂く。

上記の方法で選定した対象にヒアリング調査を実施した。実施した施設・事業所は以下のとおり。

	名称	事業種別	所在地	日程・方法
1	大阪精神医療センター	医療型障害児入所施設	大阪府枚方市	12/12（火） 対面
2	アレーズ秋桜	福祉型障害児入所施設 （聴覚障害児対象）	東京都葛飾区	12/25（月） 対面
3	くれよん	児童発達支援センター	奈良県奈良市	12/5（火） 対面

4	チャイルドハート 波佐見	児童発達支援・放課後 等デイサービス	長崎県東 彼杵郡	12/19 (火) 対面
5	ビーンズキッズ& ジュニア	児童発達支援・放課後 等デイサービス	神奈川県 横浜市	12/5 (火) 対面
6	コペルプラス与野 教室	児童発達支援	埼玉県与 野市	12/13 (水) 対面
7	加古川市立こども 療育センター	児童発達支援センター	兵庫県加 古川市	12/13 (水) 対面
8	児童デイサービス あん	児童発達支援事業・放 課後等デイサービス	京都府綴 喜郡	12/18 (月) 対面
9	オリブ園	児童発達支援センター	秋田県秋 田市	12/22 (金) Zoom
10	ほわわ花見堂	重心型児童発達支援	東京都世 田谷区	12/20 (水) Zoom

## (2) 調査結果のまとめ

### (ア) 事故やヒヤリ・ハットの状況

※本調査では、事故やヒヤリ・ハットの定義は示しておらず、以下の回答はそれぞれの事業所が各事業所の考え方にに基づき「事故」や「ヒヤリ・ハット」に当たる事例として回答したものである。このため、同様の事例であっても、事故とヒヤリ・ハットの両方に掲載されている場合等がある。

#### ①事故の事例（過去3年程度）

- ・ トランポリンから落下して上腕骨遠位端を骨折。
- ・ 走行中の転倒で顎を負傷。
- ・ 体幹が弱い子供による転倒事故が多発、頭部や指の骨折。
- ・ 自身の動作（躓き、噛みつき、叩き、引っかき）による怪我。
- ・ 駐車場で車の関連事故（塀への擦り傷、ドアに指を挟む、壁への衝突、他車との接触）。
- ・ 調理活動中の火傷、活動中の衝突や踏みつけ。
- ・ 運動時の転倒、接触、段差でのつまずき。
- ・ 窓際の椅子から転落し、顔面を負傷。
- ・ 座位やパラバルーン遊び、介助歩行中の転倒。
- ・ トイレのドアによる指先の負傷。
- ・ 大事故は稀だが、転倒やぶつかりによる怪我、作業療法中の遊具事故。

- ・ 過去に外で転倒して額を負傷し救急車を要請したことがある
- ・ 送迎中に送迎車が物や車と接触するなどの事故

### ②ヒヤリ・ハットの事例（過去3年程度）

- ・ 子供同士の争い、誤薬、無断離院、物損。
- ・ 廊下走行時の衝突、物の転倒、薬の投与忘れ、興奮時の危険動作。
- ・ アレルギー食の受取時の間違い。
- ・ 送迎時の安全確認ミス、玄関鍵の閉め忘れ、送迎時間の誤り、送迎車内のトラブル、駐車場での他車接触リスク、公園での子どもの見失い。
- ・ 階段での転倒リスク、外階段での隠れての危険行動。
- ・ 教材の誤飲未遂。
- ・ 保育遊び中の怪我リスク。
- ・ 子ども同士の衝突や自傷・他害行為。
- ・ 送迎中でのてんかん発作。
- ・ 子どもの泣き声による虐待誤報。
- ・ 熱中症症状の見落とし。
- ・ 降園時の保護者との会話中に発生する事故リスク。
- ・ 医療機器（十二指腸チューブ、胃管）の抜けかかり。

### ③重大事故につながるような事故やヒヤリ・ハット

- ・ 子どもが落ち葉遊び中に転倒し、歯がグラグラになり抜け落ちる事故。
- ・ 職員が子どもを抱え階段を降りている際に転倒し、尻餅をつく事故。
- ・ 転倒事故は、受傷部位によって重大事故につながる可能性があるとの認識。
- ・ 大部屋の窓から外に出ようとしたり、玄関の鍵を開けて外出しようとしたりする行動。
- ・ 気管切開をしている子どもの気管カニューレが抜けそうになる

#### (イ) 自治体への事故報告

- ・ 各自治体に定められた内容や様式に従い、事故報告が行われている。
- ・ これまでに事故報告を行ったことがある事業所と、行ったことがない事業所が一定数存在する。
- ・ 報告対象かどうか不明な場合は、自治体に問い合わせを行っている事業所もある。

#### (ウ) 事業所内の安全管理を考えるうえで、何か指針やお手本にしているもの

- ・ 防災や感染症対策のマニュアルは、法人が定めたものや、他の事業所の情報をインターネット上で参照しながら作成している。
- ・ 院内感染対策委員会（ICT）の指針に基づいた感染対策を実施。
- ・ 事業所内で発生したヒヤリ・ハットや事故をもとに、対策を講じている。
- ・ 本部で作成したマニュアルを基に、事業所の状況に応じてカスタマイズしている。
- ・ 障害福祉サービスに適切なものがない場合は、児童福祉法の下で運営される保育園などのマニュアルを参考にしている。特に、幼保連携型事業では教育・福祉の基準が高い資料を採用している。
- ・ 自治体で作成した危機管理マニュアルや指針を参考にしている。
- ・ 法人全体の事故防止・救急対応マニュアルがある。
- ・ 感染症対策には厚生労働省が作成した資料、衛生管理には文部科学省のマニュアルを参照している。
- ・ 他の事業所の安全対策をインターネットで調査し、必要な項目を選んでマニュアルを作成している。
- ・ 自身の経験をまとめた資料や、幼稚園・保育園・こども園のマニュアルを参考にしている。
- ・ 保育所が公開している資料や、医療的ケアが必要な子どもが多いため、医療機関の資料も参考にしている。
- ・ 個別の対応が必要なケースが多く、それぞれに合わせたマニュアル作成を重視している。

#### （エ）事業所としての安全管理に関する工夫や重視している点

##### <見守り体制と職員配置>

- ・ スタッフ不在時に発生する事故への対応として見守り体制を強化。
- ・ 児童館では性被害やいじめのリスクがあるため、職員を適切に配置し、目が届くようにしている。

##### <防災と虐待防止>

- ・ 生活の場として、虐待防止と防災に注力し、火災と地震を想定した避難訓練を毎月実施。

##### <環境整備>

- ・ 転倒予防のため、コーナーガードの徹底。
- ・ 施設内外や送迎時の安全に関するルールを設定し、共有と確認を徹底。

##### <情報共有>

- ・ 移動時や送迎時の点呼に注意し、日々の活動で役割分担を明確にする。

- ・ ヒヤリ・ハットを週1回の業務会議で報告し、再発防止策を話し合う。

#### <予防と研修>

- ・ 予防策として、職員の意識向上とオープンなコミュニケーションを重視。
- ・ 虐待予防のため、セルフチェックリストを用いた振り返りと面談を実施。

#### <避難訓練>

- ・ 避難訓練を月1回実施し、火災と地震の両方を経験させる。

#### <危険箇所の管理と教材>

- ・ 危険箇所の把握と防止策の実施、誤飲等しないよう教材の安全確認。
- ・ 危険箇所の管理と安全や危険防止の視覚的理解を促す教材

#### <日常のミーティング>

- ・ 午前と午後間にミーティングを行い、その日の注意点を確認。

#### <事故発生時の対応>

- ・ 事故発生時の対応手順を明確にし、職員が慌てないように準備。

#### <利用者理解>

- ・ 利用者の理解を深め、発達特性に応じて行動を予測し対応する。

### (オ) 安全管理を行う上で障害特性に応じて特に留意している点や工夫

- ・ 突発的な行動を誘発する要因の削減。(使わないおもちゃ、教材はカーテンで隠すなど)
- ・ 医療的ケアが必要な子どもたちの安全に対する配慮。(電源、コード類、蓄電器等)
- ・ 環境設定における安全対策(鍵の位置、ドアの速度調整、クッションの使用)。
- ・ 活動分けや職員の介入による衝動性のある子どもたちへの配慮。
- ・ 視覚的な提示や安全な教材の選択、緊急時の対応計画の明確化。
- ・ 日程変更がある場合の工夫(見通しがもてるように)や外活動時の安全管理(人数確認、先頭・最後での職員配置、交通ルールの確認、緊急連絡先の共有)、自閉症の子どもへの視覚的提示の利用。

### (カ) 安全管理マニュアル

#### ①安全管理マニュアルを作成するために参考にした資料や前例等

- ・ 保育所、病院、コンサルテーションサービス提供先の資料を参考にしてている。
- ・ インターネット検索で得た情報や、厚生労働省が公開している子どもの置き去り防止マニュアルを基に作成。
- ・ 他市の類似施設のマニュアルや、本社、法人で提供されている資料を利用。

- ・ 各県の実地指導を参考に本部でバージョンアップしたマニュアルを採用。
- ・ 連携病院の医療安全管理者との情報共有を基にした医療安全対策。

② 作成している安全管理マニュアルでの過不足や特に重要と考えている点

- ・ 医療的ケアを必要とする子どもたちの個別マニュアルの重要性。
- ・ 定期的なマニュアルの見直しと職員研修を通じた共有
- ・ 送迎安全の徹底。
- ・ 分かりやすさと実用性を重視。
- ・ 二重確認システムや緊急連絡体制の明確化。

③ 作成した安全管理マニュアルを実効的なものにするための取組・工夫（従業員への周知や浸透の方法等を含む）

- ・ 新規採用者へのオリエンテーション研修、各病棟へのマニュアル設置。
- ・ 職員会議での周知
- ・ 虐待防止策の定期的な見直しと重要部分の確認。
- ・ 職員がマニュアル内容を身につけ、日常業務に反映させる取り組み。
- ・ 定期的な職員研修、スタッフ間でのマニュアル読み合わせ、会議での周知。
- ・ 日々のミーティングでの安全確保策の情報共有と改善点の検討。
- ・ プール活動前の心肺蘇生法勉強会
- ・ 送迎マニュアルを職員が見えるところに置く
- ・ 感染防止マニュアルの詳細化とスタッフの意見反映。

(キ)防犯・見守り（監視）カメラ、位置情報通知等の ICT の導入や活用と個人情報の保護

内容	玄関や共用部、廊下などに防犯カメラを設置している。防犯と、子ども同士の喧嘩などの状況確認のため。実際に見返すことはほとんどない。子どもによっては自分で登校するため、本人と話して GPS を使う場合があった。
個人情報の保護	入所の際に、契約の場合は保護者に防犯カメラがあることを伝えている。監視ではなく、安全の為にという説明をする。重要事項説明書等への記載はとくにしていない。

内容	外回り（玄関先や駐車場）に防犯カメラを設置。事務所のモニターでみることができる。 送迎者にはドライブレコーダーと降ろし忘れ装置を設置。
----	--

個人情報 の保護	ICTに関係なく、一般的な個人情報保護のため、入園時に、どこまでOKか項目ごとに個人情報の同意をとっている。
-------------	--

内容	施設内2か所に防犯カメラを設置している。送迎車にドライブレコーダーを搭載している。 本部が開発しているアプリを活用し、記録や請求の管理をしている。施設内に防犯カメラが2台あり、子どもだけでなく職員も守るために設置している。状況を確認するためにつけているが、実際に見返すことはない。
個人情報 の保護	重要事項説明書・契約書・同意書で説明、同意を頂いている。防犯カメラの説明も行っている。

内容	各部屋に防犯カメラを設置している。バスにも安全装置取り付けが完了している。
個人情報 の保護	契約時の使用目的と条件、個人情報の内容について保護者に同意して頂いている。万が一個人情報の利用があるときには、必ず同意を得ることにしている。外部に出す場面はオンライン懇親会のみである。またサーバも法人専用のサーバに保存されるようになっている。法人内部ではいつでも確認できるようにしているため、なにかあった際にはすぐに駆け付けられるようにしている。

内容	玄関と各室、廊下にカメラを設置している。1年前から導入開始、30日間は映像を見返せるようになっている。例えば目が離れたときに転んだときに、すぐ映像をみて危険がなかったか確認している。虐待について職員が意識することにも繋がり、また職員を守ることに繋がっている。
個人情報 の保護	導入にあたって保護者への説明はしておらず、保護者からも説明を求められることはなかった。

内容	送迎車のワゴンは安全防止装置設置を申し込み中。駐車場に防犯カメラを一台設置している、セコムのセキュリティあり。
個人情報 の保護	入園の際に説明している。契約書類に記載し、同意書ももらっている。

内容	職員の情報共有は LINE ワークスを利用。建物には防犯カメラが付いている。
個人情報 の保護	職員全員が誓約書を書いている。利用者には同意書をもっている。メディアからの取材も多いため、説明や同意をきちんととるようにしている。(細かく、顔が映って良いか、SNS に載せて良いか等)

## (ク) 安全管理に関する体制

### ①安全管理委員会の設置

設置している 6 事業所

設置していない 2 事業所

その他 2 事業所

- ・別の名称の委員会が安全管理も担っている
- ・今後設置予定

### ②安全管理委員会の体制

- ・管理者、児童発達支援管理責任者（児発管）、リーダーが参加して構成。
- ・医療安全カンファレンスは幹部で構成し、毎週月曜日に実施（重大事案が発生した場合のみ）。医療安全推進委員会は各セクションから 1 名ずつ選出し、月 1 回開催。
- ・職員数名で構成し、毎年、全職員がいずれかの委員会に所属。委員会の構成は経験やクラスを考慮して、管理者と児発管で決定。
- ・理事長、園長、副園長、各部リーダーが参加。
- ・施設長、医師、児童発達支援管理責任者、保育主任、関係者等で構成し、事故報告がある場合に立ち上げる。
- ・法人の安全衛生委員会は月 1 回 Zoom で開催し、理事長と各事業所の責任者が出席。デイサービスでは月 1 回リスクマネジメント会議を実施。
- ・各園長と担当、各事業所の管理者が参加。

### ③安全管理委員会の活動

- ・月 1 回の会議で情報共有と改善案の設定。
- ・全インシデント・アクシデントレポートの対策共有。
- ・年に 1～2 回、ヒヤリ・ハットの傾向分析を行い、開催頻度は委員会メンバーに委ねられる。
- ・事故報告の集約・分析、組織としての再発防止策や対策の検討・決定。対策の周知と効果検証、指針やマニュアルの見直しを行う。

- ・ 法人の安全衛生委員会でのリスクやヒヤリ・ハットの検討、それらの対策・改善策をデイサービスのリスクマネジメント会議で共有し、新たな対策を検討。
- ・ 月1回の避難訓練実施、金曜日の午前中に管理者会議で安全に関する情報を共有。年度始めや中間で安全について討議。
- ・ 法人内での管理者間の情報共有や横の連携を通じた活動。

#### (ケ) 再発防止・事後検証の取組み

- ・ ヒヤリ・ハットやインシデントのレポートを詳細に報告し、カンファレンスで対応策を検討。対策が決定され次第、マニュアルを作成しLINE ワークス等で職員に周知。
- ・ 事業所間での情報共有を実施し、金曜日の管理職会議や週1回の職員会議で全職員に周知。
- ・ 改善策を業務会議で話し合い、日々の業務報告で共有。業務日報を用いて申し送り、業務内容、振り返りを行う。
- ・ 安全衛生委員会の議事録を職員間で回覧し、ヒヤリ・ハットや改善策を全員が把握するようにしている。
- ・ Google Form を用いた安全意識アンケートを月1回実施し、改善点を確認。
- ・ 職員会議やミーティングでの周知と報告書の回覧により、周知を徹底。
- ・ 事故やヒヤリ・ハットの対策を検討し、子どもと職員の安定を目指し保護者との信頼関係構築に努める。

#### (コ) 事故防止の取組

- ・ 服薬ミス防止のためのダブルチェック、年1回の危険個所チェック、アレルギーチェックの徹底。
- ・ 医療安全ニュースの利用、自治体・保健所の監査による外部評価。
- ・ 接遇ラウンドによる職員の接遇、掲示板更新、環境整備状況の点数化。
- ・ 危険予測の動機付けのためのクイズ活用、コーナーガードチェック日の設定。
- ・ 送迎時の座席固定や乗車表のチェック、遠足時の座席表作成。
- ・ 毎日の清掃時に安全点検の実施、環境確認のための目視点検、破損報告の徹底。

#### (サ) 安全管理に関する研修

- ・ 常勤職員を中心に年間9回、発達や虐待防止に関する研修を実施。虐待防止は年1回都の研修に参加。その他、OJT や非常勤職員向けの基本的な研修も実施。

- ・研修は必要に応じて行い、不審者対応や AED 操作は外部専門家に依頼。医療的な内容はクリニックの先生に依頼し、年 3 回程度実施。
- ・避難訓練を年 1～2 回、職員向けに虐待防止や BCP 研修を実施。毎月ミニ研修会も企画し、職員が新聞記事について討論する。
- ・心肺蘇生法、避難訓練、救急対応、虐待・身体拘束防止研修などを年間通して実施。
- ・市主催の研修や地区内事業者との連絡会を通じて外部研修に参加。職員全員が対象で、内容に応じて選択可能。
- ・本部で定められた年間研修スケジュールに従って実施。Zoom や動画視聴で参加可能。
- ・避難訓練を法定回数以上に実施し、訓練内容を変えて充実させている。救急研修やエピペン研修も毎年全職員対象に実施。
- ・社会福祉協議会からの講師派遣を利用し、アンガーマネジメントや防災訓練を行っている。
- ・実施なし。(1 事業所)

②自治体等の外部機関が提供している安全管理に関する研修（内容・頻度・対象者等）

- ・施設が病院内にあるため、院内研修や病院機構研修を利用。
- ・園外研修に全員が参加できるよう調整し、障害者虐待防止や普通救命講習を年間を通して受講。
- ・自治体や福祉協会主催の研修に参加し、虐待防止、BCP 研修、救命救急講習などを受けている。
- ・外部研修に参加する機会を法人が支援しており、他施設との情報共有や協力も促進している。
- ・外部の研修は受けていない 4 事業所

（理由）

- ・特に聴覚障害に関する外部研修の機会が少ない。施設が運営を開始して 2 年目であるため、今後さまざまな研修に参加したいと考えている。特に子どもとの関わり方に関する研修が求められている。
- ・安全管理に関する自治体での研修機会が少ないと感じている。
- ・施設における送迎業務の不在や、常に保護者が同伴するサービス形態のため、リスクが少ないと考え、外部研修への参加に消極的である。また、参加可能な時間が確保できないことも一因である。

## (シ) 安全計画

### ①安全計画の策定義務（努力義務）は知っていたか

知っていた 8 事業所

知らなかった 2 事業所

### ②安全計画の策定状況

策定済 1 事業所

策定中 2 事業所

策定予定・未着手 7 事業所

### ③安全計画に盛り込むべきこと

- ・ 常に大きな事故が起こり得るという認識の重要性。
- ・ 自治体提供のマニュアル見本を基に計画作成。
- ・ 既存の計画との比較精査を通じて不足部分の追加策定。
- ・ 安全点検スケジュール、マニュアルの策定・共有・見直し予定、掲示管理場所、児童・保護者への安全指導と説明、避難訓練の内容とスケジュール、行政訓練のスケジュール、再発防止策の徹底など。
- ・ 役割の明確化と他者の動きを理解することの重要性。
- ・ 「安全」という抽象的な概念よりも、具体的な必須事項と明確な基準の設定。

### ④策定にあたっての課題や悩み

- ・ 安全管理の範囲が広すぎるため、具体的な内容の決定に苦勞。
- ・ 医療型入所施設の例が少なく、前例や自治体の情報が不足。
- ・ 様式の提供、安全管理計画の策定を内容の具体例。
- ・ 研修や確認する時間の確保
- ・ 避難訓練の重要性と職員の動きの定期的な確認。
- ・ 「親子通園」によるサービスで保護者管理下のサービス提供の特性への対応
- ・ 障害特性に応じた園児の「やりたい気持ち」を引き出す活動と安全のバランスをとることの難しさ。

## (シ) 重大事を防ぐために何をすべきか。何が重要か。（事業所として）

- ・ 子どもの理解を深めること、子どもと職員の関係性の構築。
- ・ 職員同士のコミュニケーション。
- ・ 問題発生時の相談や対応体制の整備。

- ・ ヒヤリ・ハットの積極的な報告とその共有。
- ・ 事故予測の重要性。
- ・ 事故報告の徹底。
- ・ マニュアルの適切な作成と職員の意識向上。
- ・ 避難経路の確認。
- ・ 事例分析の活用。
- ・ 職員の安全確保意識の向上。
- ・ 事業所間、自治体との連携強化。
- ・ 人員配置。
- ・ 研修の充実。

(ス) 重大事を防ぐために何をすべきか。何が重要か。(自治体として)

- ・ 安全な環境を整備や補修するための費用面での支援。
- ・ 事業所との密接なコミュニケーションと関係構築。
- ・ 安全管理計画やマニュアル作成への支援
- ・ 安全管理体制構築のための研修実施。具体的な研修の提供。
- ・ 災害発生時の地域連携
- ・ 事業所の人員配置と経営安定への支援。

(セ) 重大事故を防ぐために何をすべきか。何が重要か。(その他)

- ・ マニュアルが多すぎても把握できなくなるため、基本的なマニュアルを決めること。
- ・ 安全マニュアルの全職員による把握
- ・ 障害特性に応じた基本的な対応の共通理解。
- ・ 人材確保と職員定着の促進。
- ・ 日々のヒヤリ・ハット報告の促進。
- ・ 職員間の情報共有とコミュニケーション。
- ・ 余裕を持った業務遂行
- ・ 職員研修を通じた支援の質の向上。
- ・ 地域住民との関係構築。
- ・ 事故やヒヤリ・ハットからの迅速な学習と対応。

## 4. 障害児支援の安全管理に関するガイドライン案の作成

### (1) ガイドラインの目的・背景

○ 障害児支援に関連する安全管理に関するガイドライン等については、「児童福祉施設における事故防止について」（昭和46年7月31日児発第418号厚生省児童家庭局長通知）や「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針」（平成14年3月28日福祉サービスにおける危機管理に関する検討会）があるものの、これらは障害児支援に特化したものではなく、また、策定から時間が経っていることもあり、現状を踏まえた障害児支援に特化した安全管理に関するガイドラインの整備が望まれている状況にあった。

○ このため、本調査研究では、アンケート・ヒアリング調査や検討委員会の議論を踏まえるほか、下記関連するガイドライン等を参考して、障害児支援に関わる事業者が、安全計画やマニュアルの作成を含む事故防止のための安全対策を各事業所で講じる上で参考となる基本的な内容を取りまとめたガイドライン案を作成した。

（参考にしたガイドライン等）

- ・「児童福祉施設における事故防止について」（昭和46年7月31日児発第418号厚生省児童家庭局長通知）
- ・「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針の報告」（平成14年）
- ・「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」（平成28年3月）
- ・「児童発達支援ガイドライン」
- ・「放課後等デイサービスガイドライン」
- ・「障害児入所施設運営指針」
- ・「障害児通所支援事業所等における安全計画の策定に関する留意事項等について（令和5年7月4日こども家庭庁支援局障害児支援課）」

○ ガイドライン案の詳細については、別冊「障害児支援の安全管理に関するガイドライン案」を参照していただきたいが、以下、アンケート調査やヒアリング調査を踏まえて、本調査研究として整理した障害児支援における安全管理のポイント事項を抜粋する。

## (2) 障害児支援における安全管理のポイント

### 安全計画の策定：

改正児童福祉法においては、都道府県等が条例で定めることとされている児童福祉施設等の運営に関する基準のうち、「児童の安全の確保」に関するものについては、国が定める基準（省令）に従わなければならないこととする改正が行われた。これに伴い、障害児通所支援・入所支援においても、令和5年4月1日より安全に関する事項についての計画（以下「安全計画」という。）を各事業所等において策定すること（令和5年4月1日から1年間は努力義務とし、令和6年4月1日から義務化）とされている。

事業所等は、安全確保に関する取組を計画的に実施するため、各年度において、当該年度が始まる前に、施設・設備・園外環境（散歩コースや緊急避難先等）の安全点検、マニュアルの策定・共有、児童への安全指導（事業所等の生活における安全、災害や事故発生時の対応、交通安全等）、保護者への説明・共有、訓練・研修、再発防止策の徹底（ヒヤリ・ハット事例の収集・分析及び対策とその共有の方法等）、その他の安全確保に向けた取組（地域住民や地域の関係者と連携した取組、登降園管理システムを活用した安全管理等）等についての年間スケジュール（安全計画）を策定する。

別冊のガイドライン案を参照いただくと共に、自治体から発出されている事務連絡やお知らせ等も参考にし、それぞれの事業所等に合った安全計画を各事業所等で作成する。

### 定期的な安全確認・点検、環境整備：

活動や事業所等の設備や危険箇所は、安全計画やマニュアル策定時のみならず年間の計画の中で、少なくとも毎学期1回（年3回）以上の頻度で定期的に確認・点検することが重要である。確認・点検の際には、事前に活動や事業所等の状態に合わせたチェックリストを活用し、一人ではなく複数の人で確認することが望ましい。また、職員自身が安全確認・点検に参加することは、現場に即した安全管理につながるのみならず、各職員の安全管理の意識向上にもつながるため、安全確認・点検に職員自身の参画を促す。第三者による確認も効果的である。危険箇所が見つかった場合には、すぐに対策を話し合い、改善策を講じる。併せて、日常的な環境整備も重要である。見えるところだけではなく見えない死角（例：棚の中、冷蔵庫、洗濯機等）の確認や、こどもの目線やこどもの特性に合わせた確認を行う。窓際の家具等の設置にあたっては、こどもの目線やこどもの特性に合わせた安全確認を行う。

### 場面ごとの注意点：

事業所等によって活動内容、スケジュール、場所・環境は様々であるため、まずは、自分の事業所等の活動内容や1日・年間のスケジュール、場所・環境を振り返り、どのような危険があるかを事業所等内で話し合い、認識することが重要である。その認識をした上で、活動場所・内容等に留意した事故の発生防止に取り組むことが重要である。例えば、送迎、睡眠中、プール活動・水遊び中、食事中、夏の屋外活動や閉鎖空間等の事故がおこりやすい場

面・場所等については、特に別冊のガイドライン案で提示している注意事項等も参考に対応することが求められる。

#### **基本的なマニュアルの策定と活用：**

活動や事業所等の実情に応じ、リスクの高い場面（例：食事、プール、移動時、送迎、屋外活動等）について従業者が気をつけるべき点、役割等を明確にした安全管理に関するマニュアルを作成する。作成にあたっては実際の運用を念頭におく。また、緊急時（災害、不審者の侵入、火事、事故が起こった場合等）に、誰が何をすべきかの役割、連絡先、避難先等を具体的にしておく。緊急時マニュアルは、緊急時にすぐ確認できるよう、簡潔でわかりやすいものを作成し、目につく場所に掲示しておく。また、マニュアルは定期的に見直すとともに、平時から内容の確認や実践につながる訓練等も実施する。

#### **ヒヤリ・ハット事例の収集・分析の重要性：**

1件の重大事故の背後には、重大事故に至らなかった29件の軽微な事故が隠れており、さらにその背後には300件のヒヤリ・ハットが隠れていると言われている。ヒヤリ・ハットの収集・分析は重大な事故を予防するうえで非常に有効である。

まずは、ヒヤリ・ハットを報告する組織内の仕組み（報告手順や様式等）を整えとともに、報告しやすい雰囲気作りや事業所等内の文化の醸成も重要である。

報告のあったヒヤリ・ハットについては、重大事故が発生するリスクについての要因の分析を行い、対策を講じる。

ヒヤリ・ハットについては、転倒しそうだった、把握漏れになりそうだったというような結果には繋がらなかったものの事故につながる可能性があったものも積極的にヒヤリ・ハットとして共有することで、事故の防止につながる。

定期的な職員会議、研修等の場を活用して、事業所等内のヒヤリ・ハットや安全対策について、職員への情報共有・周知を行う。全職員が集まる機会のない事業所等では、回覧や掲示板等のツールも活用して周知・共有を図る。

#### **安全管理に関する組織的な体制、安全管理委員会の設置：**

事故の発生防止は組織で対応することが重要であり、事業所等の長等によるリーダーシップの下、組織的に対応できる体制（安全管理委員会や責任者・担当者等）を整備する。小規模な事業所等においては、管理者が責任者を兼ねても差し支えないが、一定規模以上の組織においては、安全管理に関する委員会の設置が望ましい。

安全管理委員会や安全管理責任者・担当者は、次の業務を担うことが想定される。

- ・安全計画の策定と活用
- ・安全に関するマニュアルの策定と更新
- ・ヒヤリ・ハットの把握と改善策の検討、実施
- ・職員に対する実践的な訓練や研修

- ・事業所等内の安全確認・点検・環境整備
- ・事業所等内で起きた事故の検証と再発防止策の検討
- ・保護者や関係機関との連携
- ・安全に関する情報収集
- ・安全に関する情報や対策（上記で検討したこと等を含む）の従業員への周知・徹底

### 障害特性と個々のこどもの理解

それぞれのこどもの障害特性、発達、興味関心等を理解することは、危険の予測や事故防止につながる。視覚障害、聴覚障害、盲ろう、知的障害、発達障害、精神的に強い不安や緊張を示すこども、肢体不自由のこども、病弱・身体虚弱のこども、医療的ケアが必要なこども、重症心身障害のあるこども、マルトリートメント（虐待等の不適切な養育等）を受けたこども等、障害や特性、こどもの発達についての理解を深める。それぞれのこどもの特性や興味関心は、会議や研修等を通じて各職員にも共有し、安全管理に関する意識を高めて職員ひとりひとりが、責任感を持てるようにする。

### 個別支援計画の重要性

一人一人のこどもの障害特性やニーズを把握して、チームで個別支援計画を作る。アセスメントの際にアレルギーや投薬、医療的ケアなどの医療、補装具や介助等の対応、転びやすい、突然走りだす、口に異物をいれる等の安全上で注意すべき点、こどもの安全に関する保護者からの情報等についても確認し、把握する。医療的な対応が必要なこどもの場合には診療情報提供書や、てんかん発作のあるこどもの場合にはてんかん発作時の発作マネジメント共有シート等も確認する。把握した情報は、こどもに関わる全ての職員で漏れなく共有し、引き継ぐようにする。

### 複数体制の支援と人員配置

複数で役割を分担し支援にあたることは事故防止につながる。特にリスクの高い場面（例：食事、プール、移動時、送迎、屋外活動等）では、全体を確認する職員や緊急時に対応できる職員を配置する等、余裕をもった体制をとるようにすることが望ましい。個人ではなくチームや組織で支援にあたる。また、こどもの特性に応じた人員配置をとることも重要である。

### 全従業員を対象とした実践的な訓練や研修の実施

安全計画やマニュアルは、配布するだけでなく、体得することが重要である。体得できるようにするために、例えば、読み合わせをする、指差し確認、安全を守るための環境整備や人の配置、ロールプレイング等の実践的な訓練や研修を行う。

その際、状況に応じた対応ができるよう、例えば災害に対する避難訓練は、地震・火災だけでなく地域特性に応じた様々な災害を想定して具体的に行う。救急対応（心肺蘇生法、気

道内異物除去、AED・エピペン®の使用等)、送迎時の安全等も実技講習を定期的に受け、事業所等内でも訓練を行う。不審者の侵入を想定した実践的な訓練や 119 番の通報訓練を行う。

自治体が行う研修や訓練（オンラインで共有されている事故予防に資する研修動画も含む。）については、常勤職員だけでなく非常勤職員も含め、事業所等の全従業者が受講する。

### **話しやすい組織づくり**

職員間や組織内の円滑なコミュニケーションは、チームワークを促進し、事故の防止につながる。事業所等内での情報の共有ができていない、助けや手伝いの声掛けを躊躇し、1人で対応したために起きる事故もある。情報の共有化、苦情（意見・要望）解決への取組みを整えるとともに、職員や組織間のコミュニケーションを円滑にし、お互いに助け合える風通しのよい組織を作る。

### **個々の意識の重要性**

各職員が個人としても責任感を持てるような風土が大切である。事業者は、組織の方針を従業者に丁寧に伝え、責任をもって安全管理を踏まえた支援にあたってもらようようにする。また、研修等を通じて、各職員の意識や専門性の向上に努める。安全対策に関する自己点検表を用いる等により、個々の安全意識の向上に努めるとともに、チームでも対応できるようにしていく。

### **こどもに対する安全対策の周知**

こども自身が安全や危険を認識すること、災害や事故発生時の約束事や行動の仕方について触れておくことは、事故を防ぐとともに、特に重大事故の防止につながる。こどもの特性や発達に応じた方法で、こども自身が安全や危険を認識しやすいようにするとともに、災害や事故発生時の約束事や行動の仕方について伝えることも重要である。

### **保護者への説明・共有**

事業所等の活動や環境、安全のルール等について、保護者にも説明し、理解してもらうことは、事故の防止にも繋がるため重要である。事業所等において親子通園や、保護者が送迎を行う場合等、保護者が関わる活動においても、安全対策について保護者と事前に共有・連携する。アレルギー、こどもの特性等、安全に関するこどもの状況については、日々の変化も含めて、保護者と情報を共有し、お互いに連携する。

このように保護者とも連携し事故を防ぎ、こどもの安全を守ることは重要である。しかし転倒や突発的な行動などのこどもの障害特性により、発達支援のなかでけがや事故が発生する場合もある。そのため事業所等内や活動における事故のリスクや、事故時の対応を含む事業所等の安全管理について、契約時等に保護者に説明しておくことが重要である。

事業所等でこどもへ配慮している事については、家族も家庭で同様に対応している事で

ある場合が多い。例えば、飛び出しがあった際の捜索体制や誤飲があった場合の対応等、事前に家族の相談に応じ事業所等での対応を説明すると共に保護者に助言できるとよい。

### **緊急時の対応・体制の確認**

事故をゼロにすることはできないが、死亡や重篤な事故にならないよう、事故発生時の適切な対応を行うことは重要である。そのためには、まずは、各事業所等でどのような緊急事態が生じるか、その場合にどのように対応すべきかを事業所等内で話し合い、事故発生時の体制・対応マニュアルを作成しておく必要があるとともに、すべての職員が理解しておくことが重要である。

### **地域や関係機関等との連携**

事故発生時の協力体制や連絡体制を整えるとともに、関係づくりに日頃から努める必要がある。行方不明時の捜索、災害時の協力等、地域の人など職員以外の力を借り、こどもの安全を守る必要が生じる場合もあり、常日頃から地域とのコミュニケーションを積極的にとる。あわせて、いざという時の協力・援助を依頼しておくことについて検討する。

### **自治体との連携**

各事業所等を所管する自治体からの事務連絡や案内については目を通すとともに、事故発生時の対応、連絡先、報告対象、報告様式等含めて不明な点があれば、自治体に確認して、緊急時にはすぐ対応できるようにしておく。

## 5. 総合的な考察と今後に向けての提案

- 今回の調査研究は、こどもの安全を守るため、障害児支援において発生した事故等の実態を把握し、事業者が留意すべき安全管理等に必要な要素を整理・検討するとともに、参考とすべき安全管理に関するガイドライン案を作成することを目的に実施された。
- 本調査として実施した実態把握（アンケート調査・ヒアリング調査）や事業者が参考とすべき事項はガイドライン案に記載しているとおりであるが、今後の障害児支援の安全管理のために、（1）教育・保育施設等と障害児入所施設・障害児通所支援事業所における重大事故を防ぐための政府の取組の比較、（2）その他の制度上・予算上の事項、（3）その他の事項の3つの観点から、総合的な考察と今後に向けての提案を行う。

### （1）教育・保育施設等と障害児入所施設・障害児通所支援事業所における重大事故を防ぐための政府の取組の比較

- 本調査研究を進める上で、まず参考にしたものは、教育・保育施設等における政府の取組であったが、教育・保育施設等と障害児入所施設・障害児通所支援事業所における重大事故を防ぐための政府の取組はかなり異なっていたため、改めて両者の違いを整理する。

#### ① 教育・保育施設等における重大事故を防ぐための政府の取組の現状

##### ア. ガイドライン：

- 教育・保育施設等における重大事故を防ぐための政府の取組については、「教育・保育施設等における重大事故の再発防止策に関する検討会」（※）における平成27年12月の最終取りまとめを踏まえ、特に重大事故が発生しやすい場面ごとの注意事項や、事故が発生した場合の具体的な対応方法等について、各施設・事業者、地方自治体における事故発生の防止等や事故発生時の対応の参考となるよう、平成28年3月に、「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」が作成されている。

※「教育・保育施設等における重大事故の再発防止策に関する検討会」は、平成26年9月9日に第1回会合を開催し、以後、平成27年12月21日まで、計8回の検討会を開催された。

##### イ. 事故報告の仕組みと事故情報データベース：

- 教育・保育施設等においては、平成 27 年度に事故報告の仕組みが整えられている。事業者は、事故が起きた場合には指導監督権限を持つ自治体へ報告等を行うとともに、重大事故については、都道府県等を通じて国へ報告する仕組みが整っている。また、報告のあった重大事故は、集約・データベース化されるとともに、国のホームページで公表されている。
- 教育・保育施設等における事故の報告等については、国への報告の対象となる重大事故の範囲は、(1) 死亡事故、(2) 意識不明事故（どんな刺激にも反応しない状態に陥ったもの）、(3) 治療に要する期間が 30 日以上を負傷や疾病を伴う重篤な事故であり、事故報告様式等も規定されている。

#### ウ. 再発防止のための事後的な検証：

- 教育・保育施設等における重大事故の再発防止策に関する検討会における検討を踏まえ、平成 27 年 4 月から重大事故が発生した場合の国への報告の仕組み等を整備するとともに、平成 28 年 4 月からは、死亡事故等が発生した場合に、地方自治体は検証を実施し、事実の把握や発生原因の分析等を行い、必要な再発防止策を検討することとされている。
- 教育・保育施設等においてこどもの死亡事故等の重大事故が発生した場合には、地方自治体において、事故の発生前～発生時～発生後の一連のプロセスにおけるこどもや周囲の状況、時系列の対応などを検証し、検証の結果を再発防止に役立てていくこととされている。また検証報告は、国が集約して公表されている。
- また、国においては、地方自治体の検証報告等を踏まえた重大事故の再発防止策について検討を行うため、教育・保育施設等における重大事故防止策を考える有識者会議を開催している。

### ② 障害児入所施設・障害児通所支援事業所の事故防止教育・保育施設等における重大事故を防ぐための政府の取組

#### ア. ガイドライン：

- 障害児支援に関連する安全管理に関するガイドライン等については、「児童福祉施設における事故防止について」（昭和 46 年 7 月 31 日児発第 418 号厚生省児童家庭局長通知）や「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針」（平成 14 年 3 月 28 日福祉サービスにおける危機管理に関する検討会）があるものの、これらは障害児支援に特化したものではなく、また、策定から時間が経っていることもあり、現状を踏まえた障害児支援に特化した安全管理に関するガイドラインの整備が望まれている状況にあった。

- このような背景に基づいて、本調査研究では障害児支援に関わる事業者が、安全計画やマニュアルの作成を含む事故防止のための安全対策を各事業所で講じる上で参考となる基本的な内容を取りまとめたガイドライン案を作成した。

#### イ. 事故報告の仕組みと事故情報データベース：

- 障害児入所施設・障害児通所支援事業所については、児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 15 号）、児童福祉法に基づく指定障害児入所施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 16 号）に基づき、事故発生時には自治体へ報告することとなっているが、重大事故を国へ報告する仕組みはなく、事故情報のデータベースもない。
- また、自治体に報告する「事故」の範囲、様式、報告期限等は自治体によって異なっている。

児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 15 号）

（事故発生時の対応）

第五十二条 指定児童発達支援事業者は、障害児に対する指定児童発達支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに都道府県、市町村、当該障害児の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

- 2 指定児童発達支援事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について、記録しなければならない。
- 3 指定児童発達支援事業者は、障害児に対する指定児童発達支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

児童福祉法に基づく指定障害児入所施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 16 号）

（事故発生時の対応）

第四十九条 指定福祉型障害児入所施設は、障害児に対する指定入所支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに都道府県、当該障害児の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない

- 2 指定福祉型障害児入所施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について、記録しなければならない。
- 3 指定福祉型障害児入所施設は、障害児に対する指定入所支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

ウ. 再発防止のための事後的な検証：

- 障害児入所施設・障害児通所支援事業所については、再発防止のための事後検証等を含めた事故報告を受けた後の対応は自治体が行っており、国において集約や検証する仕組みにはなっていない。

③ 教育・保育施設等と障害児入所施設・障害児通所支援事業所における重大事故を防ぐための政府の取組の比較

- 上記①②より、両者を比較すると、以下のような状況である。

	障害児入所施設・障害児通所支援事業所	教育・保育施設等
重大事故の国への報告の仕組み	なし	あり
事故のデータベース	なし	あり
関連する安全管理のガイドライン	「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針」（平成14年）	・「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」（平成28年3月） ・「教育・保育施設等におけるプール活動・水遊びの事故防止及び熱中症事故の防止について（令和5年6月）」
国としての再発防止のための検証の仕組み	なし	地方自治体にて検証を実施、検証報告を国が集約して公表している
検討経緯	—	検討会（平成26年）をはじめ、検討・見直しを重ねている

- 以上のように、国レベルでの安全管理を考えると、障害児入所施設・障害児通所支援事業所は、教育・保育施設等に比べると、かなり遅れている状況にある。
- この点、両者は、子どもが過ごし子どもの安全を守らなければならない場所という点では同じであり、また、令和5年度より、こども家庭庁が発足し、こども

政策が一元化される中で、障害児入所施設・障害児通所支援事業所においては、教育・保育施設等と同等の安全管理の仕組みを取り入れることは急務である。

#### ④ 本調査研究を踏まえての提言

- 今回、本調査研究においては、障害児入所施設・障害児通所支援事業所を対象とした安全管理に関するガイドラインを作成したが、教育・保育施設等の安全管理と比較して、重大事故の国への報告の仕組みや再発防止の検証の仕組み等不足している部分があるため、重大事故の発生防止のための今後の取組みとして、以下を提言する。

#### 提言

- 障害児入所施設・障害児通所支援事業所においても、教育・保育施設等と同じく国へ重大事故を報告する仕組みが必要である。
- 重大事故の実態や要因の把握・分析のため、報告された重大事故に関する情報は集約・データベース化されることが必要である。
- 重大事故の再発防止のためには、事後検証と再発防止策が重要であり、障害児入所施設・障害児通所支援事業所においても、国と自治体が連携して、事後検証と再発防止策に取り組むことが必要である。
- 今後の安全対策に有用な情報の共有、分析、事故の発生防止・再発防止及びサービスの質向上を効果的に行うためには、重大事故以外の事故の報告についても、「事故」の範囲、報告様式、報告期限等を統一することが望ましく、自治体ごとに異なっているこれらについて、国としての整備が望まれる。
- 併せて、事故の報告先や報告ルートについても、監督権限等も踏まえて事業主体や事業ごとに整理し、事業者にも周知することが必要である。
- 「重大事故」（国への報告対象）や重大事故以外の「事故」の範囲を考える上では、事故とヒヤリ・ハットの違いを含めた「事故」の定義の整理のほか、医療機関の受診の有無や治療期間等の傷害の程度、災害、虐待、感染症発生、食中毒発生等をどうするか（他の制度の報告事項との整理）、子どもだけでなく従業員の事故を対象にするか等も整理が望まれる。
- 報告期限の設定に関しては、期限を過度に厳格化することは慎重であるべきである。厳しすぎる期限設定は、時差報告の増加や、事故発生から数日経過後の死亡が死亡事故にカウントされないなどの問題を引き起こす可能性がある。そのため、報告期限には適切な柔軟性を持たせることが重要である。

- 事故報告の主な目的は、事後検証と再発防止策を通じて、同様の事故が再び発生しないようにすることにある。プライバシーの尊重も重要であるが、事後検証に活かせるように、事故報告の在り方や活用について検討する必要がある。
- 事故の実態や要因、再発防止策は、事業者に周知・徹底されることで実際の重大事故の防止につながる。事業者が事故の防止に取り組めるよう、データベースの内容や事後検証、再発防止策は公表されるとともに事業者に周知されることが必要である。
- 本調査研究で作成したガイドライン案は、障害児支援に関わる事業者が、安全計画やマニュアルの作成を含む事故防止のための安全対策を各事業所で講じる上で参考となる基本的な内容を取りまとめた、事業者を対象としたものである。一方で、自治体の役割も重要であり、「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン【事故防止のための取組み】～地方自治体向け～」のように、自治体向けのガイドラインの整備が望まれる。
- 上記のように、教育・保育施設等との整合性を図りつつ、重大事故を防ぐための政府の取組を進める必要があるが、それに加えて、既存の教育・保育施設等の取組の課題や障害児支援の特性も踏まえて、その在り方や内容を検討していく必要がある。

## (2) その他の制度上、予算上に関する事項

- ④ 国及び自治体への事故報告、国及び自治体の役割と対応すべき事項の明確化
  - 障害児通所支援事業所については、児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第15号）に「指定児童発達支援事業者は、障害児に対する指定児童発達支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに都道府県、市町村、当該障害児の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。」とあり、都道府県、市町村への報告が求められている。
  - 障害児入所施設については、児童福祉法に基づく指定障害児入所施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第16号）に「指定福祉型障害児入所施設は、障害児に対する指定入所支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに都道府県、当該障害児の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない」とあり、都道府県への報告が求められている。
  - 自治体への報告義務の背景には、重大な事故が起こった場合の権限行使が視野に入っていることは考えられるが、それ以外にどのような役割が想定されているかは必ずしも明らかではなく、本調査研究のアンケート調査（自治体調

査)においても、報告を受けた後の対応として、「特に対応していない(報告を受けるのみ)」と回答した自治体が非常に多かった。

- また、事故報告は自治体へ報告することになっているが、上記「(1) 教育・保育施設等と障害児入所施設・障害児通所支援事業所における重大事故を防ぐための政府の取組の比較」のとおり、教育・保育施設等と異なり、障害児通所支援事業所・障害児入所施設においては、重大事故を国へ報告する仕組みはなく、事故情報のデータベースもない。報告対象の「事故」の範囲、報告様式、報告期限等も自治体ごとに異なっている。
- 加えて、障害児通所支援事業所の報告先たる「市町村」は、事業所の所在する市町村か、障害児サービスの支給決定を行った市町村(保護者の居住市町村)をいうのか明文上は明らかではなく、今回行った本調査研究のアンケート調査(事業所調査)でも、「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。」という質問に対する回答として、事業所の所在する市町村、事業所の所在外の自治体が受給者証を発行している場合には当該自治体事業所、両方等、事業所によって異なるという結果がでている。
- このような背景には、事故報告をどう活かすべきか、事故を受けた自治体の役割やとるべき対応等が明確でないことが要因と考えられることから、以下提言をする。

## 提言

- 事故報告のあり方や重大事故の再発防止のための事後検証と再発防止策の検討を進めるにあたり、国、都道府県、市町村がどのような役割を果たすべきか、また、受け付けた事故報告をどのように活かすべきか、その役割や対応を明確化する。
- 例えば、都道府県においては、重大事故時の緊急的な対応のほか、管轄内の事故の分析を行い、必要な対策を講じることが考えられる。また、市町村においては、同様に重大事故時の緊急的な対応のほか、管内の事故の状況を把握した上での安全管理の対策を講じる、事故防止等の研修(消防と連携した救命講習等)を実施する等が考えられる。
- また、監督権限のある自治体においては、監査時等を活用して事業所の安全調査を定期的に行う、事故が起こった後の対応の確認を行うこと等が考えられる。
- 事故の実態や要因、再発防止策は、事業者にも周知・徹底されることで実際の重大事故の防止につながることから、事業者が事故の防止に取り組めるよう、

事故の内容や要因、事後検証、再発防止策は公表されるとともに事業者に周知されることが必要である。

- また、以上については、事故報告の仕組みがあることが前提となっており、すでに言及した次の点についても整備が必要である。
  - ・ 障害児入所施設・障害児通所支援事業所においても、教育・保育施設等と同じく国へ重大事故を報告する仕組みが必要である。(再掲)
  - ・ 重大事故の実態や要因の把握・分析のため、報告された重大事故に関する情報は集約・データベース化されることが必要である。(再掲)
  - ・ 今後の安全対策に有用な情報の共有、分析、事故の発生防止・再発防止及びサービスの質向上を効果的に行うためには、重大事故以外の事故の報告についても、報告対象の「事故」の範囲、報告様式、報告期限等を統一することが望ましく、自治体ごとに異なっているこれらについて、国としての整備が望まれる。(再掲)
  - ・ 重大事故の再発防止のためには、事後検証と再発防止策が重要であり、障害児入所施設・障害児通所支援事業所においても、国と自治体が連携して、事後検証と再発防止策に取り組むことが必要である。(再掲)

## ② 「安全計画」の作成を事業所等の指定基準への規定

- 児童福祉法等の一部を改正する法律（令和4年法律第66号）において、都道府県等が条例で定めることとされている児童福祉施設等の運営に関する基準のうち、「児童の安全の確保」に関するものについては、国が定める基準（省令）に従わなければならないこととする改正が行われた。これに伴い、障害児通所支援・入所支援においても、令和5年4月1日より、こどもの安全の確保を図るため、安全計画の策定が義務付けられている（経過措置により令和6年3月31日までは努力義務）。
- この点、本調査研究で令和5年12月に実施したヒアリング調査において、安全計画の策定義務（努力義務）は知っていた事業所は8事業所、知らなかった事業所は2事業所であった。また、安全計画を策定済は1事業所、策定中は2事業所、策定予定・未着手が7事業所であった。なお、ヒアリング調査の対象とした事業所は、安全管理に関する手引き等を事業所内で作成する等、アンケート調査から得られた施設・事業所の記載内容から、ヒアリング先として適切な対象を抽出しており、安全管理の取組を平均以上行っている事業所であったが、そのような事業所でも2割は安全計画の策定義務（努力義務）を知らなかった。

- なお、本調査研究で実施したアンケート調査（事業所調査）における「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。」との質問に対して、約 24%の事業所が「作成していない」と回答している。  
※手引き等は、手引き、ガイドライン、ルール、規程等の名称は問わず、事業所として作成する事故防止のための安全管理に関する手引き等を指すものとして質問。
- 以上より、安全計画の策定については事務連絡等で事業所へ周知はされているとしても、実際には事業所まで十分に周知が行き届いていない現状が伺え、何らかの徹底策が望まれることから、以下、提言する。

### 提言

- 安全計画策定を義務化したことに伴い、事業指定の際に提出することを必須とする。（併せて、報酬上の対応も検討する。）

### 【参考】

- ・ 参考資料：「令和 6 年度障害福祉サービス等報酬改定の基本的な方向性について」

令和 6 年報酬改定において、障害者支援施設の指定基準に、障害者本人の希望に応じたサービスを行うため、意思確認を行う「担当者の選任」及び意向確認の「マニュアル作成」を指定基準に規定し、義務化されます（令和 6 年度から努力義務、令和 8 年度から義務化し、作成していない場合減算とする。）。

### ③ 事故予防対応研修

- 事故を防止するうえで実践的な研修や訓練が重要であるが、事業所単独での研修実施は負担が大きく、国全体としての研修体制の構築が望まれることから、以下提言する。

### 提言

- 事故を防止するため、虐待防止と同様に、次のような研修を行う体制を整備する。
  - ア 国は、事故報告等の分析により必要な研修を検討し、都道府県（政令中核市）を対象に、研修を行う。
  - イ 都道府県は、上記アで受講した内容により、事業所等を対象に伝達研修を行う。
  - ウ 事業所等は、イで受講した者からの伝達等により、全ての従業員を対象に研修を行う。

- 検研修とキャリアアップを連携させるなど、保育制度を参考にしつつ研修参加のインセンティブについても検討することが望まれる。

#### 【参考】

- ・令和5年度障害者虐待防止・権利擁護指導者養成研修 資料・動画 | 厚生労働省

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuho-go/chiikikyosei/03kenshyu\\_00017.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuho-go/chiikikyosei/03kenshyu_00017.html)

#### ④ 安全管理に必要な設備を整えるための予算上の措置

- 本調査研究のアンケート調査において、事故状況における誘因が多かったものは、自らの転倒・衝突によるものであり、また、遊具・窓等からの転落・落下も多かった。
- 転倒・衝突、遊具等からの落下をゼロにすることはできなくとも、重大な事故につながらないようにするためには、施設・設備の環境整備が重要となるが、構造上の問題で難しい場合や、安全対策のための設備・導入のためにコストがかかる場合もある。
- このような状況に鑑み、以下提言する。

#### 提言

- 事業者が必要な安全管理のための物理的な安全対策を講じられるよう、必要な予算上の措置を設ける。

#### ⑤ 安全委員会の設置の義務化

- 虐待の防止のための対策を検討する委員会（虐待防止委員会）は、運営児基準の中で、その設置が義務付けられているが、安全管理についても、その重要性に鑑み、以下提言する。

#### 提言

- 安全委員会を虐待防止委員会と同様に運営基準等で設置を義務付ける。なお、虐待防止委員会の所掌に安全に関する事項を含める、虐待防止委員会等との同時開催等、事業者負担を軽減する方策も併せて検討する。

## ⑥ ヒューマンエラーを補う ICT・デバイス等の活用の検討、導入補助、研究

- 置き去り防止のために、送迎用バス等への安全装置の装備が義務化されているように、ICT・デバイスの活用は、事故防止につながる場合がある。このため、以下、提言する。

### 提言

- ヒューマンエラーを補う ICT・デバイス等の活用の検討、導入補助、研究を行う。

## ⑦ 人員配置

- アンケート調査では、集団支援を行う場合は個別支援のみを行っている場合よりも事故の発生率が高い傾向にあり、また、1人の職員が見るこどもの人数が多くなると事故の発生率が高くなるという結果がでているように、1人の職員が見るこどもの人数が多くなると、事故のリスクが高まる傾向にあることから、複数で役割を分担し支援にあたることは事故防止につながると考えられる。特にリスクの高い場面（例：食事、プール、移動時、送迎、屋外活動等）では、全体を確認する職員を配置する等、余裕をもった体制をとることが重要である。このため、以下、提言する。

### 提言

- 安全管理のための体制をとることができる適切な人員配置のあり方について検討する。

## (3) その他の事項

### ① 事故とヒヤリ・ハットという用語について

- 今回の調査研究をする中で、「事故」や「ヒヤリ・ハット」の範囲は、事業者によって認識が異なっていることがわかった。具体的には、例えば、医療機関を受診したものを「事故」、そうではないものを「ヒヤリ・ハット」と考えている事業所もあれば、医療機関を受診しなくとも何らかの事柄が発生すれば「事故」、未然に防いでいれば「ヒヤリ・ハット」と考えている事業所もあった。起きた事象が重大な事故につながるかどうかで、「事故」と「ヒヤリ・ハット」を区別している事業所もあった。
- 「事故」と「ヒヤリ・ハット」については、その範囲の統一認識が醸成されていない。今後、事故報告の仕組みを検討していくにあたり、特に、情報の分

析や再発防止策等の対策を検討するにあたっては、「事故」がどの範囲を示すか  
共通認識が必要であることから、以下提言する。

**提言**

- 「事故」の範囲は具体的かつ明確化する。併せて、どういったものが「事故」かについては具体例を用いて事業者に伝えることが必要である。

**② 国による検討委員会の実施等**

**提言**

- 上記提言の多くは、国による検討が必要な事項である。そのため、これらの提言を詳細に検討し、実行可能な方策を策定するために、国は検討委員会を立ち上げる等により、具体的な制度設計を行うことが望まれる。

**6. 結果の公表方法**

本報告書は、実施主体のホームページに掲載する。