

埼玉県サービス付き高齢者向け住宅危機管理マニュアル

令和6年4月改正

埼玉県都市整備部住宅課
福祉部高齢者福祉課

第 1 はじめに

1 目的

サービス付き高齢者向け住宅の運営においては、危機を未然に防止できるよう努めるとともに、万が一危機が発生した際には、入居者安全を確保した上で、迅速かつ的確な対応をとることが重要である。

そのためには、的確な状況把握、迅速な初動対応、連絡網の作成など体制の整備が求められる。本マニュアルは、各住宅が危機発生時に的確に対応するための体制を整備する際に活用できるように作成したものである。

2 定義

(1) サービス付き高齢者向け住宅

本マニュアルの対象となる「サービス付き高齢者向け住宅」とは、埼玉県内に所在するサービス付き高齢者向け住宅で、さいたま市内、川越市内、越谷市、川口市及び和光市内以外に所在するものをいう。

(2) 危機

本マニュアルの対象となるサービス付き高齢者向け住宅（以下「サ高住」という。）における「危機」とは、①サ高住の運営において発生する全ての人身事故で身体的被害及び精神的被害が生じたもの（サ高住側の過失の有無を問わない。）、②感染症又は食中毒により入居者又は職員に健康被害が生じたもの、③火災、震災、風水害等の災害により人的被害又はサ高住に物的被害が生じたもの、④職員の法令違反及び不祥事等の発生により入居者又はサ高住に被害・損害が生じたものとする。

第2 各サービス付き高齢者向け住宅での対応

1 平常時の対応

(1) 緊急時マニュアルの整備

- ・ 緊急事態発生時の入居者の生命・身体の保護及び安全確保の方策や、職員の役割分担表及び連絡網の整備を含む初動体制等を中心とした緊急時マニュアルをあらかじめ整備し、職員に周知すること。
- ・ 緊急時マニュアルの作成にあたっては、参考資料1（6、7ページ）を参考にすること。
- ・ 休日、夜間等、職員の少ない時間帯も想定して作成すること。

(2) サ高住内連絡体制の確保

- ・ 緊急事態発生時に当該サ高住の職員間で適切に連絡がとれる体制を確保するため、管理責任者等も含めた全職員を対象とする緊急連絡網を整備し、職場のほか全職員が自宅にも用意すること。

(3) 関係機関への連絡・報告体制の確保

- ・ 所管の保健所、警察署、消防署、市町村等の緊急連絡先一覧をあらかじめ作成すること。緊急連絡先一覧の作成にあたっては、参考資料1、3（6、7、9ページ）を参考にすること。

(4) 緊急時を想定した、職員訓練等の実施

- ・ 災害や事故等の緊急事態の発生に対応する訓練や職員研修を実施することにより、緊急時における職員の適応能力の向上を図ること。

2 危機発生時の対応

(1) 初動体制の立ち上げ

- ・ 事件・事故発生時には、現場での初動体制が非常に重要となる。サ高住ごとに作成する緊急時マニュアルに従って関係職員を招集し、直ちに初動体制を立ち上げること。
- ・ 初動体制の確立にあたっては、入居者の生命や身体の保護・安全確保（負傷者対応など）を最優先に行うこと。そのため、速やかに勤務中の職員で分担し、入居者の安否を確認して安全を確保すること。
- ・ 入居者が危険にさらされている場合には、あらかじめ定められている避難計画に基づき、安全な場所への避難誘導を行うこと。
- ・ 入居者等への対応と併せ、事件・事故内容の把握を行うこと。
- ・ 必要に応じて、職員の緊急連絡網等を活用し、勤務時間外の職員に勤務するよう指示すること。

(2) 入居者の家族に対する連絡、状況説明

- ・ 事件・事故発生時には、速やかに入居者の家族に対して事故概要を連絡するとともに、状況説明を行うこと。

(3) 関係機関への報告

ア 関係機関

- ・ 事件・事故発生時には、軽微な内容のものを除き、関係機関への報告を行い、指示に従うこと。
- ・ ここで報告が必要な関係機関は、高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づく監督庁である県（高齢者福祉課又は福祉事務所）のほか、市町村担当課、感染症や食中毒等発生の場合は保健所、入居者の死亡事故等については捜査機関である警察署などが含まれる。

イ 報告の範囲、様式

- ・ 県へ報告すべき事件・事故の範囲については、参考資料2「県へ報告すべき事件・事故の範囲」（8ページ）のとおりである。
- ・ 第1報として事故報告（速報）[様式1]（13ページ）を、第2報として事故報告[様式2]（14ページ）を高齢者福祉課へ提出すること。

なお、事故報告の送付はEメールによることを原則とし、急ぎの報告その他Eメールで送り難い場合にはFAXを使用するものとする。

※ 県住宅課も高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づく監督等を所管しているが、連絡調整は県高齢者福祉課又は福祉事務所にて行う。

ウ 連絡体制

- ・ 各サ高住から関係機関等への連絡体制について参考資料3（9ページ）のとおり定めたので、参考に対応すること。

エ その他

- ・ 県高齢者福祉課又は福祉事務所、保健所等の連絡先は、参考資料4（10ページ以下）のとおりである。

(4) 情報管理（広報対応）

- ・ 社会性の高いサ高住で起こる事件・事故は、県民の関心が高い。このため、サ高住で事件・事故が発生した際は、内容の重大性や県民生活への影響度などに応じ、適切な情報管理を行うことが必要となる。
- ・ 適切な情報管理のためには、当該事件・事故がどのような内容なのか、緊急対応が必要な重大な内容なのかどうか、十分に情報内容の把握や、情報管理を行うことが必要である。

(5) 事態の收拾に向けた対応

- ・ 入居者の生命や身体の保護、事件・事故内容の把握、関係機関への連絡と併せ、速やかに事態の收拾に向けた対応をとること。
- ・ 具体的な対応としては、嘱託医や関係行政機関等に相談し、その指示に従うこと。
- ・ 感染症、食中毒等については、保健所の指示に従うこと。

3 事故後の対応

(1) 再発防止策の確立

- ・ 事態が收拾したら、サ高住として事件・事故の発生原因等の分析と究明を行うこと。
- ・ 職場研修や職員会議等を実施し、事件・事故の原因や対応結果等を振り返るとともに、再発防止策を確立し、職員に対しても周知徹底を図ること。
- ・ 再発防止策の確立にあたっては、必要に応じ、県住宅課及びその他県所管課所（高齢者福祉課又は福祉事務所）の指導を受けること。

(2) 再発防止策の実施

- ・ 職員会議等により、確立された再発防止策の実行を確認し、サ高住として事件・事故の再発防止に努めること。

(3) 再発防止策の報告

- ・ 再発防止策を実施後、再発防止策を含む事故後の対応状況について、県高齢者福祉課又は福祉事務所あて再発防止策報告書[様式3]（15ページ）により報告すること。

参 考 資 料

| | | |
|-----|-----------------|-----|
| 1 | 緊急時マニュアル例 | |
| (1) | 事件・事故が発生した場合 | P 6 |
| (2) | 食中毒・感染症等が発生した場合 | 7 |
| 2 | 県へ報告すべき事件・事故の範囲 | 8 |
| 3 | 連絡体制 | 9 |
| 4 | 関係機関の連絡先 | |
| (1) | 県高齢者福祉課及び福祉事務所 | 1 0 |
| (2) | 本庁関係課 | 1 0 |
| (3) | 保健所 | 1 1 |
| 5 | 事故報告様式 | |
| (1) | 様式1 事故報告書(速報) | 1 3 |
| (2) | 様式2 事故報告書 | 1 4 |
| (3) | 様式3 再発防止策報告書 | 1 5 |
| 6 | 事故報告様式記入例 | |
| (1) | 様式1 事故報告書(速報) | |
| ア | 記入例[インフルエンザ] | 1 6 |
| イ | 記入例[骨折] | 1 7 |
| ウ | 記入例[窒息] | 1 8 |
| (2) | 様式2 事故報告書 | |
| ア | 記入例[インフルエンザ] | 1 9 |
| イ | 記入例[骨折] | 2 0 |
| ウ | 記入例[窒息] | 2 1 |
| (3) | 様式3 再発防止報告書 | |
| ア | 記入例[インフルエンザ] | 2 2 |
| イ | 記入例[骨折] | 2 3 |
| ウ | 記入例[窒息] | 2 4 |

1. 緊急時マニュアル例

(1) 住宅内で事件・事故が発生した場合

| |
|---|
| ① 事件・事故の発生 |
| ② 初動体制の立ち上げ ・職員を招集して分担し、入居者の安否を確認する。 ・負傷者がいる場合には、手当てなどを行う。 ・火災発生時においては、速やかに入居者の避難誘導を行う。 |
| ③ 消防署に通報し、救急車の出動や火災の消火を要請する。 〇〇消防署 T E L : 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 F A X : 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 |
| ④ 警察署に通報する。 〇〇警察署 T E L : 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 F A X : 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 |
| ⑤ 必要に応じて緊急連絡網を活用し、勤務時間外の職員に勤務するよう指示する。 |
| ⑥ 事故・事件発生時の情報を収集するとともに、必要に応じて現場を保存する。 |
| ⑦ けが又は死亡された入居者の家族へ連絡し、事故・事件の経緯及び発生時の状況等の説明を行う。 |
| ⑧ 所管課所（県高齢者福祉課又は福祉事務所）に連絡し、事故報告（速報）[様式1]を送付する。 [例] 県高齢者福祉課（施設・事業者指導担当） T E L : 0 4 8 - 8 3 0 - 3 2 5 4 Eメール：a3240-07@pref.saitama.lg.jp 夜間等：0 8 0 - 1 2 4 5 - 5 9 2 3 F A X : 0 4 8 - 8 3 0 - 4 7 8 1 ※Eメールによる報告が原則。（急ぎの報告その他Eメールで送り難い場合を除く）。 |
| ⑨ その他関係機関があれば、連絡・報告等を行う。 〇〇〇 T E L : 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 F A X : 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 |

(2) 食中毒・感染症等が発生した場合

| |
|--|
| ① 食中毒・感染症等の疑いの発生 |
| ② 消防署に通報し、救急車を要請する。医療機関に通報する。 (嘱託医等が設置されている場合は、診察を要請) 〇〇消防署 T E L : 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 F A X : 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 |
| ③ 被害の拡散防止措置を講ずる。 |
| ④ 必要に応じて緊急連絡網を活用し、勤務時間外の職員に勤務するよう指示する。 |
| ⑤ 入居者の家族へ連絡し、状況を説明する。 |
| ⑥ 保健所、所管課所(県高齢者福祉課又は福祉事務所)に連絡し、事故報告(速報)[様式1]を送付する。 〇〇保健所 T E L : 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 夜間等 : 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 F A X : 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 [例] 県高齢者福祉課(施設・事業者指導担当) T E L : 0 4 8 - 8 3 0 - 3 2 5 4 Eメール : a3240-07@pref.saitama.lg.jp 夜間等 : 0 8 0 - 1 2 4 5 - 5 9 2 3 F A X : 0 4 8 - 8 3 0 - 4 7 8 1 ※Eメールによる報告が原則。(急ぎの報告その他Eメールで送り難い場合を除く)。 【⑥の報告基準】 ア 同一の感染症や食中毒による、またはそれらが疑われる死亡者・重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合。 イ 同一の感染症や食中毒の患者、またはそれらが疑われる者が、一時点において、10名以上または全利用者の半数以上発生した場合(累計人数ではない)。 ウ 通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に管理者が報告を必要と認めた場合。 |

2. 県へ報告すべき事件・事故の範囲

各サ高住は、入居者に次に該当する事件・事故等が発生した場合、所管課所（県高齢者福祉課又は福祉事務所）へ報告を行うものとする。

（１）入居者の事故等の発生

- ① 事故等とは、死亡事故や入居者の無断外出による行方不明者の発生等、入居者の生命、身体に重大な被害が生じた、若しくは生じるおそれがあるものをいう。
- ② サ高住内部における事故のほか、送迎、通院、レクリエーション等の中の事故を含む。
- ③ サ高住側の過失の有無は問わない。

（２）感染症、食中毒の発生

所管課所（県高齢者福祉課又は福祉事務所）、保健所に報告する必要があるのは、下記場合に限る。

ただし、感染症のうち結核、腸管出血性大腸菌感染症（O157など）等については、感染症法上診断した医師に保健所への届出義務があり、1名の発生でも保健所の調査やまん延防止等の対応が必要となる場合がある。

- ① 同一の感染症や食中毒による、またはそれらが疑われる死亡者・重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合。
- ② 同一の感染症や食中毒の患者、またはそれらが疑われる者が、一時点において、10名以上または全利用者の半数以上発生した場合（累計人数ではない）。
- ③ 通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に管理者が報告を必要と認めた場合。

（３）火災、震災、風水害等の災害

火災、震災、風水害等による入居者や職員の人的被害又はサ高住に物的被害が生じた場合。

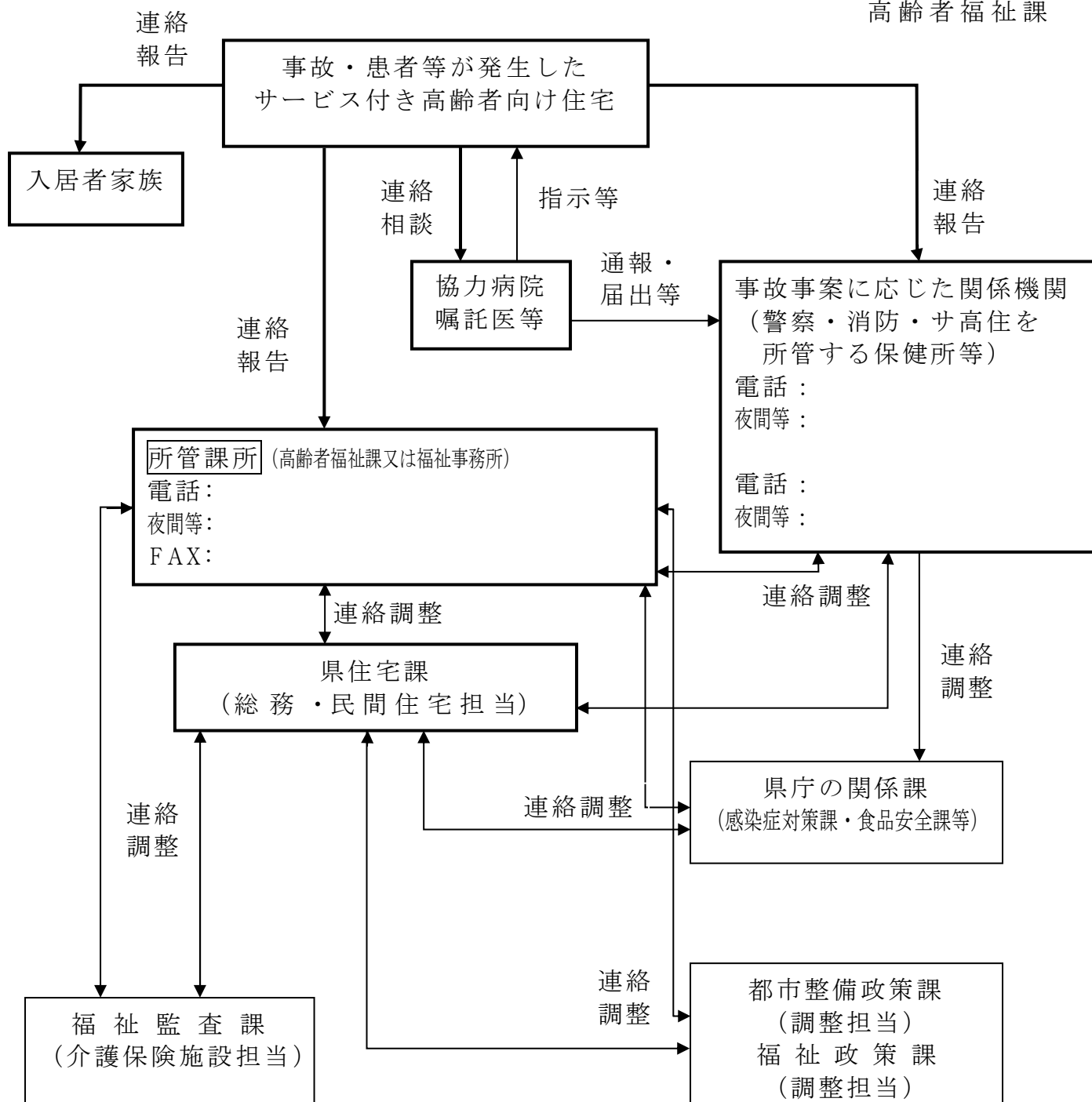
（４）職員の法令違反及び不祥事等の発生

入居者やサ高住に被害・損害が生じたもの。

※例：入居者からの預かり金の横領、送迎時の交通事故、入居者宅の損壊、住宅会計からの横領等

3. 連絡体制

令和6年4月
住宅課
高齢者福祉課



※「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」(平成18年3月31日厚生労働省告示第268号)、「社会福祉施設等における感染症発生時に係る報告について」(平成17年2月22日老発第0222001号厚生労働省老健局長等連名通知)、「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/index.html>)等を参照

4. 関係機関の連絡先

(1) 県高齢者福祉課及び福祉事務所

| 名称 | 電話番号等 電話番号 | Eメールアドレス (FAX番号) |
|---------------|---------------|---|
| 高齢者福祉課 | 048-830-3254 | a3240-07@pref.saitama.lg.jp (048-830-4781) |
| 東部中央 福祉事務所 | 048-737-2347 | n3724421@pref.saitama.lg.jp (048-734-1121) |
| 西部福祉事務所 | 049-283-6800 | r8367805@pref.saitama.lg.jp (049-283-7891) |
| 北部福祉事務所 | 0495-22-6154 | u2201014@pref.saitama.lg.jp (0495-22-2396) |
| 秩父福祉事務所 | 0494-22-6228 | t2262282@pref.saitama.lg.jp (0494-23-7813) |

- 注1 各サ高住で事件・事故等が発生した際は、所管する課所に連絡すること。
- ① 特定施設入居者生活介護の指定を受けていないサ高住、蕨市及び戸田市所在の特定施設入居者生活介護の指定を受けているサ高住
→ 高齢者福祉課 施設・事業者指導担当
 - ② 蕨市及び戸田市以外の市町村所在の特定施設入居者生活介護の指定を受けているサ高住
→ 福祉事務所 介護保険・施設整備担当
- 2 休日・時間外における緊急の場合は、次の緊急連絡先番号に連絡すること。
- ① 特定施設入居者生活介護の指定を受けていないサ高住、蕨市及び戸田市所在の特定施設入居者生活介護の指定を受けているサ高住
→ 高齢者福祉課（緊急連絡先番号：080-1245-5923）
 - ② 蕨市及び戸田市以外の市町村所在の特定施設入居者生活介護の指定を受けているサ高住
→ 福祉事務所（留守番電話で案内される緊急連絡先電話番号）
- 3 Eメールによる報告が原則。（急ぎの報告その他Eメールで送り難い場合を除く）。

(2) 保健所

| 電話番号等 名称 | 電話番号 | F A X 番号 |
|-------------|-------------------------|-------------------------|
| 南部保健所 | 0 4 8 - 2 6 2 - 6 1 1 1 | 0 4 8 - 2 6 1 - 0 7 1 1 |
| 朝霞保健所 | 0 4 8 - 4 6 1 - 0 4 6 8 | 0 4 8 - 4 6 1 - 0 1 3 3 |
| 春日部保健所 | 0 4 8 - 7 3 7 - 2 1 3 3 | 0 4 8 - 7 3 6 - 4 5 6 2 |
| 草加保健所 | 0 4 8 - 9 2 5 - 1 5 5 1 | 0 4 8 - 9 2 5 - 1 5 5 4 |
| 鴻巣保健所 | 0 4 8 - 5 4 1 - 0 2 4 9 | 0 4 8 - 5 4 1 - 5 0 2 0 |
| 東松山保健所 | 0 4 9 3 - 2 2 - 0 2 8 0 | 0 4 9 3 - 2 2 - 4 2 5 1 |
| 坂戸保健所 | 0 4 9 - 2 8 3 - 7 8 1 5 | 0 4 9 - 2 8 4 - 2 2 6 8 |
| 狭山保健所 | 0 4 - 2 9 5 4 - 6 2 1 2 | 0 4 - 2 9 5 4 - 7 5 3 5 |
| 加須保健所 | 0 4 8 0 - 6 1 - 1 2 1 6 | 0 4 8 0 - 6 2 - 2 9 3 6 |
| 幸手保健所 | 0 4 8 0 - 4 2 - 1 1 0 1 | 0 4 8 0 - 4 3 - 5 1 5 8 |
| 熊谷保健所 | 0 4 8 - 5 2 3 - 2 8 1 1 | 0 4 8 - 5 2 3 - 4 4 8 6 |
| 本庄保健所 | 0 4 9 5 - 2 2 - 6 4 8 1 | 0 4 9 5 - 2 2 - 6 4 8 4 |
| 秩父保健所 | 0 4 9 4 - 2 2 - 3 8 2 4 | 0 4 9 4 - 2 2 - 2 7 9 8 |

注1 各サ高住で結核等の感染症患者が発生した際は、サ高住を所管する保健所の保健予防推進担当宛に、食中毒患者が発生した際は、サ高住を所管する保健所の生活衛生・薬事担当宛に連絡すること。

2 休日・時間外における緊急の場合は、保健所の留守番電話で案内される緊急連絡先電話番号に連絡すること。

(3) 県本庁関係課

ア 保健所に連絡が付かない場合の連絡先

| 電話番号等 名称 | 電話番号 | F A X 番号 |
|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 感染症対策課 (感染症・新型インフル エンザ対策担当) | 0 4 8 - 8 3 0 - 3 5 5 7 | 0 4 8 - 8 3 0 - 4 8 0 8 |
| 食品安全課 (食品保健・監視担当) | 0 4 8 - 8 3 0 - 3 6 1 1 | 0 4 8 - 8 3 0 - 4 8 0 7 |

イ 高齢者の居住の安定確保に関する法律に関すること
 (施設整備関係等高齢者福祉課所管以外のもの)

| 電話番号等 名 称 | 電話番号 | Eメールアドレス (FAX番号) |
|--------------|--------------|---|
| 住宅課 | 048-830-5562 | a5550-05@pref.saitama.lg.jp (048-830-4888) |

5. 事故報告書様式

様式 1

事 故 報 告 (速報)

| | | | | | | |
|-----------------------------|--|----------|--|----|--|------|
| 1 事業所の情報 | | | | | | |
| 法人名 | | | | | | |
| 施設(事業所)名 | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | |
| サービス種別 | <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養病床 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 短期療養 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> その他 (): 特定施設の指定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| 報告者 (職位・氏名) | | 電話 番号 | | | | |
| 2 対象利用者の情報 | | | | | | |
| 氏 名 | | 年齢 | | 性別 | | 要介護度 |
| 3 事故の状況及び対応等 | | | | | | |
| 発生日時 | 令和 年 月 日 (曜日) 時 分 | | | | | |
| 発生場所 | <input type="checkbox"/> 居室(療養室) <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂(共同生活室) <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | |
| 事故の種別 | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 感染症の発生 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬・落薬 <input type="checkbox"/> 離脱 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 虐待(疑い) <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 職員の不祥事 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 発生状況 | <input type="checkbox"/> 介助中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の見守り下 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| ケガ等の状況 | <input type="checkbox"/> 骨折(ヒビを含む) <input type="checkbox"/> 切り傷・裂傷 <input type="checkbox"/> 打撲・脱臼 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 感染症(病名:) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| (具体的症状) | (例:左足大腿骨頸部骨折、額を3cm裂傷し7針縫合、食べ物を喉に詰まらせ窒息等) | | | | | |
| 報告時の対象 利用者の状況 | <input type="checkbox"/> バイタルサイン等の観察強化 <input type="checkbox"/> 医療機関への受診を要するが生命に別条なし <input type="checkbox"/> 意識不明 <input type="checkbox"/> 死亡に至る可能性あり <input type="checkbox"/> 死亡 | | | | | |
| 医療機関等の受診 | <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 受診予定 <input type="checkbox"/> 受診なし | | | | | |
| 家族等とトラ ブルの状況 (可能性を含む) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ありの場合の問題点) | | | | | |
| その他連絡事項 | (事故に至る経緯、事故時の状況、事故後の経過等) | | | | | |

※この様式は事故発生を迅速に把握するためのものですので、事故発生後2日以内を目途に、報告してください。

様式 2

事 故 報 告

令和 年 月 日

(宛先)

長

法人名

施設名

管理者

下記のとおり、事故が発生しましたので報告します。

記

| | | | | | | | |
|-----------|---|----|--|----|--|------|-------|
| 事故発生施設 | 所在地： | | | | | | |
| | 施設名： (サービス種別) | | | | | | |
| | 報告者名： | | | | | | |
| | 電 話： | | | | | | |
| 対象利用者氏名 | | 年齢 | | 性別 | | 要介護度 | |
| 発 生 日 時 | 令和 年 月 日 (曜日) | | | | | | 時 分 頃 |
| 発 生 場 所 | <input type="checkbox"/> 居室 (療養室) <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂 (共同生活室) <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | |
| 事 故 の 種 別 | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 感染症の発生 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬・落葉 <input type="checkbox"/> 離脱 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 虐待(疑い) <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 職員の不祥事 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 発 生 状 況 | <input type="checkbox"/> 介助中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の見守り下 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| ケガ等の状況 | <input type="checkbox"/> 骨折(ヒビを含む) <input type="checkbox"/> 切り傷・裂傷 <input type="checkbox"/> 打撲・脱臼 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 感染症(病名：) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 事 故 の 概 要 | 1 概要 (可能な限り時系列で記載) 2 事故の原因 3 事故発生後の施設の対応 (家族対応や受診対応について) | | | | | | |
| その他連絡事項 | | | | | | | |

※上記報告様式に加え、既に施設で作成している詳細な報告書や、事故当事者またはその家族等との話合いの内容がわかる資料等がある場合には、添付してください。なお、上記報告様式の記載内容(事故概要、事故原因、対応等)について、既に施設で作成した資料にて十分に説明が済む場合には、「別紙のとおり」と記載し、本報告書と併せて提出いただいても差し支えありません。

※この様式は、事故発生後1週間以内を目途に、報告してください。

再発防止策報告書

令和 年 月 日

(宛先) 長

法人名

施設名

管理者

下記のとおり、再発防止策を講じましたので報告します。

記

| | | | | | | | |
|---------|--|----|--|----|--|------|------|
| 事故発生施設 | 所在地: | | | | | | |
| | 施設名: (サービス種別) | | | | | | |
| | 報告者名: | | | | | | |
| | 電話: | | | | | | |
| 対象利用者氏名 | | 年齢 | | 性別 | | 要介護度 | |
| 発生日時 | 令和 年 月 日 (曜日) | | | | | | 時 分頃 |
| 発生場所 | <input type="checkbox"/> 居室(療養室) <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂(共同生活室) <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | |
| 事故の種別 | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 感染症の発生 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬・落薬 <input type="checkbox"/> 離脱 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 虐待(疑い) <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 職員の不祥事 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| 発生状況 | <input type="checkbox"/> 介助中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の見守り下 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| ケガ等の状況 | <input type="checkbox"/> 骨折(ヒビを含む) <input type="checkbox"/> 切り傷・裂傷 <input type="checkbox"/> 打撲・脱臼 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 感染症(病名:) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| 再発防止策等 | 1 事故の概略(簡潔に記載) 2 事故原因又は原因の検討結果等 3 再発防止策(事故の原因に対する具体的対策及び職員への周知方法を記載) | | | | | | |
| その他連絡事項 | | | | | | | |

※上記報告様式に加え、既に施設で作成している詳細な報告書、事故当事者またはその家族等との話し合いの内容がわかる資料、再発防止策に係る職場研修や職員会議の議事録及び再発防止策の実施状況がわかる資料等がある場合には、添付をしてください。なお、上記報告様式の記載内容(事故概略、事故原因、再発防止策)について、既に施設で作成した資料にて十分に説明が済む場合には、「別紙のとおり」と記載し、本報告書と併せて提出いただいても差し支えありません。

※この様式は、事故発生後1か月以内を目途に、報告してください。

6. 事故報告書記入例

様式1 記入例 [インフルエンザ]

事故報告 (速報)

| | | | | | | | |
|-----------------------------|---|--|----|--|----------|--------------|------|
| 1 事業所の情報 | | | | | | | |
| 法人名 | 社会福祉法人〇〇会 | | | | | | |
| 施設(事業所)名 | 特別養護老人ホーム●●館 | | | | | | |
| 所在地 | 埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1 | | | | | | |
| サービス種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養病床 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 短期療養 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> その他 (): 特定施設の指定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| 報告者 (職位・氏名) | 施設長・埼玉 太郎 | | | | 電話 番号 | 048-830-3247 | |
| 2 対象利用者の情報 | | | | | | | |
| 氏名 | 2名罹患 | | 年齢 | | 性別 | | 要介護度 |
| 3 事故の状況及び対応等 | | | | | | | |
| 発生日時 | 令和 2年 3月 2日 (月 曜日) 10時45分 | | | | | | |
| 発生場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 居室(療養室) <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂(共同生活室) <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | |
| 事故の種別 | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 窒息 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症の発生 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬・落薬 <input type="checkbox"/> 離脱 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 虐待(疑い) <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 職員の不祥事 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 発生状況 | <input type="checkbox"/> 介助中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の見守り下 <input checked="" type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| ケガ等の状況 (具体的症状) | <input type="checkbox"/> 骨折(ヒビを含む) <input type="checkbox"/> 切り傷・裂傷 <input type="checkbox"/> 打撲・脱臼 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症(病名: インフルエンザ) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 報告時の対象 利用者の状況 | <input checked="" type="checkbox"/> バイタルサイン等の観察強化 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関への受診を要するが生命に別条なし <input type="checkbox"/> 意識不明 <input type="checkbox"/> 死亡に至る可能性あり <input type="checkbox"/> 死亡 | | | | | | |
| 医療機関等の受診 | <input checked="" type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 受診予定 <input type="checkbox"/> 受診なし | | | | | | |
| 家族等とトラ ブルの状況 (可能性を含む) | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ありの場合の問題点) | | | | | | |
| その他連絡事項 | 7:30 起床時入所者2名発熱。クーリングで対応。 10:45 嘱託医の診察。2名ともインフルエンザA型陽性。タミフル処方。 静養室で対応。同室の入所者2名にタミフルを予防投与。 ※13時時点で、発熱している入所者が他にもいるため、観察強化中。また、職員1名も早退。罹患者が10名を超えた場合は、保健所へ速やかに報告します。 | | | | | | |

事故報告（速報）

| 1 事業所の情報 | | | | | | | |
|-----------------------------|---|----|----|-------|------|--------------|---|
| 法人名 | 株式会社▲▲介護サービス | | | | | | |
| 施設(事業所)名 | 有料老人ホーム●●館 | | | | | | |
| 所在地 | 埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1 | | | | | | |
| サービス種別 | <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養病床 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 短期療養 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input checked="" type="checkbox"/> その他（ 有料老人ホーム ）：特定施設の指定 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| 報告者 (職位・氏名) | 施設長・埼玉 一郎 | | | | 電話番号 | 048-830-3247 | |
| 2 対象利用者の情報 | | | | | | | |
| 氏名 | 浦和 花子 | 年齢 | 88 | 性別 | 女 | 要介護度 | 3 |
| 3 事故の状況及び対応等 | | | | | | | |
| 発生日時 | 令和 2年 3月 2日 (月 曜日) | | | 3時45分 | | | |
| 発生場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 居室(療養室) <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂(共同生活室) <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | |
| 事故の種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 感染症の発生 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬・落葉 <input type="checkbox"/> 離脱 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 虐待(疑い) <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 職員の不祥事 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| 発生状況 | <input type="checkbox"/> 介助中 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の見守り下 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| ケガ等の状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 骨折(ヒビを含む) <input type="checkbox"/> 切り傷・裂傷 <input type="checkbox"/> 打撲・脱臼 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 感染症(病名: インフルエンザ) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| (具体的症状) | 右大腿骨遠位端骨折。 | | | | | | |
| 報告時の対象 利用者の状況 | <input type="checkbox"/> バイタルサイン等の観察強化 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関への受診を要するが生命に別条なし <input type="checkbox"/> 意識不明 <input type="checkbox"/> 死亡に至る可能性あり <input type="checkbox"/> 死亡 | | | | | | |
| 医療機関等の受診 | <input checked="" type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 受診予定 <input type="checkbox"/> 受診なし | | | | | | |
| 家族等とトラ ブルの状況 (可能性を含む) | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(ありの場合の問題点) 事故発生時の見守りの状況や家族への報告遅れに対して不信感を抱いている ようです。5日に家族へ説明を行います。賠償保険対応の可能性もあるため、現在 保険会社とも連絡調整中です。 | | | | | | |
| その他連絡事項 | 3:30 巡回。良眠。 3:45 居室内から「バタン」と音がる。夜勤職員が駆けつけバイタル等確認。 右膝付近に痛みあるも、その後眠られる。 11:00 朝から膝の痛みが引かず、病院を受診。右足大腿骨遠位端骨折と診断。 家族へ受診結果の報告を行うも、報告内容に納得されず。 | | | | | | |

様式2 記入例 [インフルエンザ]

事故報告書

令和 2年 3月 5日

(宛先) ○○福祉事務所長

施設名 特別養護老人ホーム●●館

管理者 埼玉 太郎

下記のとおり、事故が発生しましたので報告します。

記

| | | | | | | | |
|---------|---|----|--|----|--|------|--------|
| 事故発生施設 | 所在地：埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1 | | | | | | |
| | 施設名：特別養護老人ホーム●●館（サービス種別 特養） | | | | | | |
| | 報告者名：埼玉 太郎 | | | | | | |
| | 電話：048-830-3247 | | | | | | |
| 対象利用者氏名 | 11名罹患 | 年齢 | | 性別 | | 要介護度 | |
| 発生日時 | 令和 2年 3月 2日（月 曜日） | | | | | | 10時45分 |
| 発生場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 居室（療養室） <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂（共同生活室） <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | |
| 事故の種別 | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 窒息 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症の発生 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬・落薬 <input type="checkbox"/> 離脱 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 虐待（疑い） <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 職員の不祥事 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | |
| 発生状況 | <input type="checkbox"/> 介助中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の見守り下 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | |
| ケガ等の状況 | <input type="checkbox"/> 骨折（ヒビを含む） <input type="checkbox"/> 切り傷・裂傷 <input type="checkbox"/> 打撲・脱臼 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症（病名： インフルエンザ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | |
| 事故の概要 | <p>1 概要（可能な限り時系列で記載）</p> <p>3月 2日午前 入所者2名罹患。（速報報告済み） 午後 入所者4名、職員1名罹患。</p> <p>3月 4日 入所者5名、職員2名罹患。 罹患者が10名を超えたため○○保健所へ報告。 罹患者数合計：入所者11名、職員3名</p> <p>2 事故の原因</p> <p>最初に罹患した入所者が発症するまでは、体調不良を訴える入所者はいなかったため、外部からの持ち込みが原因ではないかと推測される。</p> <p>3 事故発生後の施設の対応（家族対応や受診対応について）</p> <p>①罹患者の隔離 ②嘱託医との連携強化 ③インフルエンザが流行したフロアーの入所者へタミフルの予防投与 ④罹患入所者の家族へ体調の随時報告 ⑤面会中止</p> | | | | | | |
| その他連絡事項 | 新たに罹患者が発生した場合には都度報告を行います。 | | | | | | |

様式2 記入例〔骨折〕

事故報告書

令和 2年 3月 9日

(宛先) ○○福祉事務所長

施設名 有料老人ホーム●●館

管理者 埼玉 一郎

下記のとおり、事故が発生しましたので報告します。

記

| | | | | | | | |
|---------|---|----|----|----|---|-------|---|
| 事故発生施設 | 所在地：埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1 | | | | | | |
| | 施設名：有料老人ホーム●●館 (サービス種別 特定施設) | | | | | | |
| | 報告者名：埼玉 一郎 | | | | | | |
| | 電話：048-830-3247 | | | | | | |
| 対象利用者氏名 | 浦和 花子 | 年齢 | 88 | 性別 | 女 | 要介護度 | 3 |
| 発生日時 | 令和 2年 3月 2日 (月 曜日) | | | | | 3時45分 | |
| 発生場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 居室(療養室) <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂(共同生活室) <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | |
| 事故の種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 感染症の発生 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬・落薬 <input type="checkbox"/> 離脱 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 虐待(疑い) <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 職員の不祥事 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| 発生状況 | <input type="checkbox"/> 介助中 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の見守り下 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| ケガ等の状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 骨折(ヒビを含む) <input type="checkbox"/> 切り傷・裂傷 <input type="checkbox"/> 打撲・脱臼 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 感染症(病名：) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| 事故の概要 | <p>1 概要(可能な限り時系列で記載)</p> <p>3月 2日 3:30 巡回。良眠。 3:45 居室内から「ボタン」と音がする。夜勤職員が駆けつけバイタル等確認。右膝付近に痛みあるも、その後眠られる。 11:00 朝から膝の痛みが引かず、病院を受診。右足大腿骨遠位端骨折と診断。家族へ受診結果の報告を行うも、報告内容に納得されず。 3月 5日 10:00 家族へ説明。(別添資料を用いました。)家族は納得された御様子。ただし、家族から2点要望が挙げられた。 ①夜間帯の見守りの強化 ②事故があった場合の速やかな報告</p> <p>2 事故の原因</p> <p>夜間の起床が少ない入居者様だったため、想定外であった。浦和様がトイレへ行こうと起床し、歩行した際にふらつき倒れたと想定される。また、床に敷いてあったマットがめくれている箇所があり、躓いた可能性もある。</p> <p>3 事故発生後の施設の対応(家族対応や受診対応について)</p> <p>2日11時に施設対応にて、病院を受診。家族へは受診結果が判明後連絡。また、家族に説明を求められたため、5日にも家族へ説明を行っています。</p> | | | | | | |
| その他連絡事項 | 浦和様は、保存治療を選択されたため、7日から施設へ戻られています。今後、施設にて治療を続けていきます。 | | | | | | |

様式2 記入例〔窒息〕

事故報告書

令和 2年 3月 9日

(宛先) ○○福祉事務所長

施設名 特別養護老人ホーム●●館

管理者 埼玉 太郎

下記のとおり、事故が発生しましたので報告します。

記

| | | | | | | | | |
|---------|---|----|----|----|---|--------|---|--|
| 事故発生施設 | 所在地：埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1 | | | | | | | |
| | 施設名：特別養護老人ホーム●●館（サービス種別 特養） | | | | | | | |
| | 報告者名：埼玉 太郎 | | | | | | | |
| | 電話：048-830-3247 | | | | | | | |
| 対象利用者氏名 | 熊谷 次郎 | 年齢 | 94 | 性別 | 男 | 要介護度 | 4 | |
| 発生日時 | 令和 2年 3月 2日（月 曜日） | | | | | 12時 5分 | | |
| 発生場所 | <input type="checkbox"/> 居室（療養室） <input type="checkbox"/> 廊下 <input checked="" type="checkbox"/> 食堂（共同生活室） <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | | |
| 事故の種別 | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input checked="" type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 感染症の発生 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬・落薬 <input type="checkbox"/> 離脱 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 虐待（疑い） <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 職員の不祥事 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | | |
| 発生状況 | <input type="checkbox"/> 介助中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input checked="" type="checkbox"/> 職員の見守り下 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | | |
| ケガ等の状況 | <input type="checkbox"/> 骨折（ヒビを含む） <input type="checkbox"/> 切り傷・裂傷 <input type="checkbox"/> 打撲・脱臼 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 感染症（病名： ） <input checked="" type="checkbox"/> その他（食物を気道に詰まらせる） | | | | | | | |
| 事故の概要 | <p>1 概要（可能な限り時系列で記載）</p> <p>3月2日</p> <p>11:45 共同生活室の食事の席に座り、配膳される。</p> <p>12:05 うつむいている熊谷さんを介護職員が発見し、看護職員へ応援依頼。心臓マッサージ、AED、タッピング、吸引等実施。緊急搬送を依頼。</p> <p>12:10 病院へ緊急搬送。家族へも連絡。</p> <p>12:30 病院にて死亡確認。医師から死因について窒息と説明がある。</p> <p>15:00 △△警察署来園。検視が行われるも、事件性なしとのこと。</p> <p>※家族には事故時の状況説明をし、理解いただいた。</p> <p>食事は自力摂取。主菜のみ一口大にカットし提供していた。</p> <p>2 事故の原因</p> <p>食事は自力摂取であり、嚥下状態も悪くなかったが、当日は傾眠気味であった。また、ここ二週間程むせる様子があり、食事形態の変更を検討すべきだった。</p> <p>3 事故発生後の施設の対応（家族対応や受診対応について）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・窒息事故発見時にマニュアル通りの処置と緊急搬送要請。 ・家族へは緊急搬送要請時に連絡済。 | | | | | | | |
| その他連絡事項 | | | | | | | | |

様式3 記入例 [インフルエンザ]

再発防止策報告書

令和 2年 3月 27日

(宛先) ○○福祉事務所長

施設名 特別養護老人ホーム●●館

管理者 埼玉 太郎

下記のとおり、再発防止策を講じましたので報告します。

記

| | | | | | | | |
|---------|--|----|--|----|--|------|--------|
| 事故発生施設 | 所在地：埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1 | | | | | | |
| | 施設名：特別養護老人ホーム●●館（サービス種別 特養） | | | | | | |
| | 報告者名：埼玉 太郎 | | | | | | |
| | 電話：048-830-3247 | | | | | | |
| 対象利用者氏名 | 11名罹患 | 年齢 | | 性別 | | 要介護度 | |
| 発生日時 | 令和 2年 3月 2日（月 曜日） | | | | | | 10時45分 |
| 発生場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 居室（療養室） <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂（共同生活室） <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | |
| 事故の種別 | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 窒息 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症の発生 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬・落薬 <input type="checkbox"/> 離脱 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 虐待（疑い） <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 職員の不祥事 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | |
| 発生状況 | <input type="checkbox"/> 介助中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の見守り下 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | |
| ケガ等の状況 | <input type="checkbox"/> 骨折（ヒビを含む） <input type="checkbox"/> 切り傷・裂傷 <input type="checkbox"/> 打撲・脱臼 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症（病名： インフルエンザ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | |
| 再発防止策等 | <p>1 事故の概略（簡潔に記載）</p> <p>3月 2日 入所者6名、職員1名罹患。</p> <p>3月 4日 入所者5名、職員2名罹患。罹患者が10名を超えたため○○保健所へ報告。</p> <p>3月13日 入所者11名、職員1名完治。また、4日以降罹患した入所者はいないため、終息。</p> <p>罹患者数合計：入所者11名、職員3名</p> <p>2 事故原因又は原因の検討結果等</p> <p>最初に罹患した入所者が発症するまでは、体調不良を訴える入所者はいなかったため、外部からの持ち込みが原因ではないかと推測される。</p> <p>3 再発防止策（事故の原因に対する具体的対策及び職員への周知方法を記載）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・インフルエンザの流行期には、家族等の面会を共用スペースのみで限定をする。 ・施設内へ入る方には、手洗い、消毒、マスクの着用を強制する。 ・職員へ予防接種を徹底させる。 ・上記対策について、施設内の掲示及び、朝礼で周知を行った。（別添資料参照） | | | | | | |
| その他連絡事項 | | | | | | | |

様式3 記入例〔骨折〕

再発防止策報告書

令和 2年 3月 9日

(宛先) ○○福祉事務所長

施設名 有料老人ホーム●●館

管理者 埼玉 一郎

下記のとおり、再発防止策を講じましたので報告します。

記

| | | | | | | | |
|---------|--|----|----|----|---|------|-------|
| 事故発生施設 | 所在地：埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1 | | | | | | |
| | 施設名：有料老人ホーム●●館 (サービス種別 特定施設) | | | | | | |
| | 報告者名：埼玉 一郎 | | | | | | |
| | 電話：048-830-3247 | | | | | | |
| 対象利用者氏名 | 浦和 花子 | 年齢 | 88 | 性別 | 女 | 要介護度 | 3 |
| 発生日時 | 令和 2年 3月 2日 (月 曜日) | | | | | | 3時45分 |
| 発生場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 居室(療養室) <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂(共同生活室) <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | |
| 事故の種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 感染症の発生 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬・落薬 <input type="checkbox"/> 離脱 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 虐待(疑い) <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 職員の不祥事 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| 発生状況 | <input type="checkbox"/> 介助中 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の見守り下 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| ケガ等の状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 骨折(ヒビを含む) <input type="checkbox"/> 切り傷・裂傷 <input type="checkbox"/> 打撲・脱臼 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 感染症(病名：) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| 再発防止策等 | <p>1 事故の概略(簡潔に記載) 別紙参照。</p> <p>2 事故原因又は原因の検討結果等 夜間に起床することがあまりない入居者様であったため、想定外であった。浦和様がトイレへ行こうと起床し、歩行した際にふらつき倒れたことが想定される。また、床に敷いてあったマットがめくれている箇所があり、躓いた可能性もある。さらに、家族から①夜間帯の見守りの強化 ②事故があった場合の速やかな報告の2点について要望あり。</p> <p>3 再発防止策(事故の原因に対する具体的対策及び職員への周知方法を記載)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・見守りセンサーの使用。 ・自力で起床ができるように周辺環境を整える。 ・全入居者に対して、マットのめくれ等、転倒リスクにつながるものを確認する。 ・環境を整えることについて、遅番・夜勤の職員の業務マニュアルへ追加。 ・職員への介護研修で事例として共有する。 ・施設入居時に家族へ、どの程度の事例で報告を求めるのか、連絡可能な時間帯はいつなのかを確認する。家族の要望に応じて、適切に報告を行う。 | | | | | | |
| その他連絡事項 | | | | | | | |

様式3 記入例 [窒息]

再発防止策報告書

令和 2年 3月 9日

(宛先) ○○福祉事務所長

施設名 特別養護老人ホーム●●館

管理者 埼玉 太郎

下記のとおり、再発防止策を講じましたので報告します。

記

| | | | | | | | |
|---------|--|----|----|----|---|--------|---|
| 事故発生施設 | 所在地：埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1 | | | | | | |
| | 施設名：特別養護老人ホーム●●館 (サービス種別 特養) | | | | | | |
| | 報告者名：埼玉 太郎 | | | | | | |
| | 電話：048-830-3247 | | | | | | |
| 対象利用者氏名 | 熊谷 次郎 | 年齢 | 94 | 性別 | 男 | 要介護度 | 4 |
| 発生日時 | 令和 2年 3月 2日 (月 曜日) | | | | | 12時 5分 | |
| 発生場所 | <input type="checkbox"/> 居室(療養室) <input type="checkbox"/> 廊下 <input checked="" type="checkbox"/> 食堂(共同生活室) <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | |
| 事故の種別 | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input checked="" type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 感染症の発生 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬・落薬 <input type="checkbox"/> 離脱 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 虐待(疑い) <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 職員の不祥事 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| 発生状況 | <input type="checkbox"/> 介助中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input checked="" type="checkbox"/> 職員の見守り下 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| ケガ等の状況 | <input type="checkbox"/> 骨折(ヒビを含む) <input type="checkbox"/> 切り傷・裂傷 <input type="checkbox"/> 打撲・脱臼 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 感染症(病名：) <input checked="" type="checkbox"/> その他(食物を気道に詰まらせる) | | | | | | |
| 再発防止策等 | <p>1 事故の概略(簡潔に記載)</p> <p>11:45 共同生活室の食事の席に座り、配膳される。 12:05 うつむいている熊谷さんを介護職員が発見し、看護職員へ応援依頼。 心臓マッサージ、AED、タッピング、吸引等実施。緊急搬送を依頼。 12:10 病院へ緊急搬送。家族へも連絡。 12:30 病院にて死亡確認。医師から死因について窒息と説明がある。 15:00 △△警察署来園。検視が行われるも、事件性なしとのこと。 ※家族には事故時の状況説明をし、理解いただいた。 食事は自力摂取。主菜のみ一口大にカットし提供していた。</p> <p>2 事故原因又は原因の検討結果等</p> <p>食事は自力摂取であり、嚥下状態も悪くなかったが、当日は傾眠気味であった。 また、ここ二週間程むせる様子があり、食事形態の変更を検討すべきだった。</p> <p>3 再発防止策(事故の原因に対する具体的対策及び職員への周知方法を記載)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事介助前に覚醒状況の確認を行い、状態が優れない場合は食事の時間帯をずらす等の対応をする。 ・嚥下の状況は細かく確認し、むせ込みや飲み込みが上手くいかない等の変化が見られた際には、看護職員、管理栄養士らと連携して食事形態の変更を検討する。 | | | | | | |
| その他連絡事項 | | | | | | | |