

令和7年度 有料老人ホーム集団指導

～事故予防及び事故発生時の対応～

～事故予防及び事故発生時の対応～

事業所が利用者に対してサービスを提供する過程で事故のリスクはどうしても伴います。そこで重要になるのがリスクマネジメントの取組です。つまり事故を未然に防ぐための予防策を講じること、そして事故が発生した際には、その原因を明らかにし、迅速かつ適切に対応して高齢者が安心して介護サービスを利用できる環境を整備することが必要です。

次ページからの※は、下記の参考文献のページを参照にしてください。

「介護保険施設等における事故予防及び事故発生時の対応に関するガイドライン（R7.11厚生労働省 老健局）」

1 有料老人ホームにおける事故発生の防止の対応に関すること

松山市有料老人ホーム設置運営指導指針12(8)より抜粋

(8) 事故発生の防止の対応

有料老人ホームにおける事故の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じること。

- 一 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための**指針**を整備すること。
- 二 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策について、職員に周知徹底を図る体制を整備すること。
- 三 事故発生の防止のための**委員会**（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び職員に対する**研修**を定期的に行うこと。
- 四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための**担当者**を置くこと。

(1) 事故発生の防止のための**指針**・業務手順書の整備 ※P13

Point

- ・指針・業務手順書には、事故予防の重要性や目的を組織に浸透させる役割があります。

【**指針**・業務手順書の意義】

指針・業務手順書の整備を通じて事故予防の重要性や目的を組織に浸透させる。

- ・ 事故予防の取組を組織に浸透させていくため、指針や業務手順書の整備をすることが重要です。
- ・ 指針を通じて施設の事故予防やリスクマネジメントに対する考え方・体制など事故予防に関する基本的なあり方を施設内に浸透させ、業務手順書の整備によりどの職員が担当しても標準的な方法・手順による実施を担保し、ケアの目的を安全かつ確実に達成することができるようになります。

(2) 事故発生防止のための**委員会**の設置と運営

※P14

Point

- ・事故発生防止のための委員会を運営する上では、委員会の目的や役割を明示し、多職種で連携しながら活動を進めることが重要です。
- ・平時の安全対策・事故防止だけでなく、即時的な対応も求められます。

【事故発生防止のための**委員会**が果たすべき機能】

事故発生防止のための**委員会**の役割

- ・事故発生防止のための委員会は、施設内の安全確保・事故予防のための意思決定機関として設置されます。委員会では、施設のリスク状況を把握・分析し、安全確保・事故予防に必要な対策について意思決定を行います。
- ・事故発生防止のための委員会は、①施設内で発生した事故やヒヤリ・ハットの事例収集、発生傾向の分析、②事故分析、予防・再発防止策の検討・決定、③事故予防・再発防止策の周知、④対策の効果検証を行い、組織として事故予防・再発防止に取り組む際の中心となること等が求められています。

(2) 事故発生防止のための**委員会**の設置と運営

※P14

【事故発生防止のための委員会の運営のポイント】

委員会の目的や役割の明文化

- 委員会の目的と役割、構成メンバーを明文化し職員に示すことで、施設全体で委員会の意義に対する理解が深まり、委員会への協力の促進や委員会主導の活動の活性化につながります。
- 会議録を施設内で公開する、事故が発生した際には委員会メンバー以外の職員にも議論に参加してもらう等、委員会の取組を職員全体に知ってもらう工夫をしている施設もあります。また、スタッフに対してアンケートを実施する等、職員の声を委員会の活動に活かす取組も行われています。

バランスの取れたメンバー構成

- 施設管理者だけでなく、部門、職種、職位のバランスの取れたメンバー構成にすることで、偏りのない視点で、現場の実態にあった安全・事故予防の取組を検討することができます。
- 管理職以外の職員も発言しやすい雰囲気や仕組みをつくることで、施設内の取組がトップダウン型のものだけにならないよう工夫している施設もあります。

適切なタイミングでの開催

- 平時に定期的に行う委員会だけでなく、事故が発生した際に迅速な対応を行うため、臨時で委員会を開催することも必要です。事故発生時には、委員会のメンバーがすぐに事故状況の把握や要因分析を行うことで、即時的な対応が可能になります。
- 定期的な委員会では、直近で事故が発生していなくても事故につながる可能性のあるケアについて取り上げる等、事故予防の取組につなげている施設もあります。

(3) リスクマネジメント強化に向けた教育・**研修**

※P15

Point

- ・職員が無理なく参加できるよう、研修の時間や回数等を工夫しましょう。
- ・職員のニーズに合ったテーマ設定や、現場の実態を反映した研修の立案等、研修が形骸化しないような取組が必要です。

【研修実施の意義】

研修の意義・目的

- ・施設内で研修を実施することは、施設の指針や業務手順、施設内での情報連携の方法を職員間で周知し、浸透させる上で重要です。
- ・ケアに関する研修を行い、職員一人ひとりの介護技術を向上させることで、事故防止だけでなく、施設全体でのケアの質の向上にもつながります。

【研修運用上の工夫】

職員が参加しやすい研修計画づくり

- ・研修を有用なものにするためには、受講者に研修の意義や必要性を理解してもらい、研修が形骸化しないようにする必要があります。
- ・職員が無理なく参加できるよう、計画的に研修を実施しましょう。研修時間を調節する、研修を複数回実施する等、職員が参加しやすい工夫を行うと良いでしょう。

(3) リスクマネジメント強化に向けた教育・**研修**

※P15

研修における地域資源の活用

- 施設内のリソースに限りがある場合は、地域の社会福祉協議会等が実施している外部研修や、行政、地域の事業者団体と連携した合同研修の実施も有用です。他機関とともに研修を実施することで多職種の学び合いの機会になり、また日頃からの地域内の連携を深めることができます。
- 法人内の医療機関と一緒に勉強会を行っている施設や、地域の消防署と連携して窒息事故時の対応を学んでいる施設等、連携先の特長を生かして学びの機会を設けている施設もあります。

【研修テーマの設定】

現場に役立つ研修内容の検討

- 基本的な知識を学ぶ全体研修に加えて、部門や職種ごとの個別研修を行うことも有用です。職員のニーズに合ったテーマを選定することが望ましいでしょう。また、講義形式の研修だけでなく、ワークショップ等の職員参加型の研修を行うことも有用です。施設内の実事例を用いることで、自施設に合ったリスク予測や対策を自分事として考えることができます。
- 施設内の見守り機器で撮影した写真を使ってリスク予測のワークショップを行ったり、事例を用いて事故の原因分析や対策を考える演習を行ったりしている施設もあります。

職員の研修**の実施・運営への参画**

- 職員自身が研修を企画することで、職員のモチベーションの向上にもつながります。

2 有料老人ホームにおける事故発生時の対応に関すること

松山市有料老人ホーム設置運営指導指針12(9)より抜粋

(9) 事故発生時の対応

有料老人ホームにおいて事故が発生した場合にあっては、次の措置を講じること。

- 一 入居者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに、市及び入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じること。
- 二 前号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すること。
- 三 設置者の責めに帰すべき事由により、入居者に賠償すべき事故が発生した場合は、入居者に対しての損害賠償を速やかに行うものとする。

(1) 事故発生時の対応（初動対応）

※P25

Point

- ・迅速な初動対応のためには、事故発生時の状況確認や職員連携の方法をルール化するとよいでしょう。
- ・看護職員と連携して、できる限り正確な状況把握に努めましょう。

【利用者の救命や安全確保を行い迅速に初期報告】

利用者の救命・安全確保を第一に行う

- ・事故が発生したら、まずは利用者の救命や安全確保を第一に行動します。
- ・この際の状況確認はルール化をしておくとい良いでしょう。「事故かもしれない」という、判断がつきにくい場合の事実確認もルール化しておく判断に迷いなくなります。
- ・例えば、転倒・転落事故の際は本人に状況を聞く他、目撃者がいた場合はその人からも話を聞く、頭を打っている場合は即受診する、といったことをルールで定めておくとい良いでしょう。

現場リーダーや上司へ迅速に報告する

- ・この時点では口頭でもよいので現場のリーダーや上司に迅速に報告を行い、他の利用者にも発生しうる可能性がある危険な環境については速やかに対処します。

(1) 事故発生時の対応（初動対応）

※P25

【状況把握を正確に行う】

看護職員と連携して利用者の状態を正確に把握する

- 事故が発生した際の利用者の状態が、今後の対応の判断材料になるため、利用者の状態はできる限り正確に把握しましょう。
- 正確な状態把握には医学的知見が不可欠なため、看護職員がいる事業所場合は看護職員を呼び、不在の場合は電話連絡等で指示を仰ぎましょう。
- この際、確認すべき項目や基準を定めておくこと看護職員の状態把握がスムーズになります。意識や呼吸の有無、血圧・脈拍・体温・酸素飽和度などのバイタルサインが該当します。

【事故の損害を最小限に抑える早期発見対策】

事故は発見が遅れると、詳しい状況や何が原因かがわかりにくくなり、手当てが遅れる、発見したときには重篤な状態に陥っているなど、発見が遅れれば遅れるだけ被害が深刻化するケースもあります。

事故を「早期発見」できれば、万が一事故が起こっても事故の被害を最小限に抑えることができる可能性があります。「早期発見」のためにも、『徘徊や転倒の可能性の高い利用者に対する1時間に1回の所在確認』、『フロア全体を見渡せる位置への常時職員の配置』といったマニュアルを取り入れることも効果的です。

(2) 事故発生時の対応（事故報告）

※P26

Point

- ・事故発生時に職員が適切な行動がとれるよう、基本的な対応手順はあらかじめマニュアル等で示しておくことが重要です。
- ・利用者家族に対しては、できるだけ早い段階で報告を行いましょう。

【事故発生時の対応手順はあらかじめ定めておく】

基本的な対応手順をマニュアルやフロー図で作成し平時から職員に周知・訓練を行う

- ・いざというときに職員が迷わず適切な行動がとれるよう、施設内での報告ルートや、医療機関との連携方法、利用者家族・行政への報告タイミングなど、基本的な対応手順をわかりやすいマニュアルやフロー図で作成し、平時から職員に周知し、訓練しておくことが大切です。
- ・対応手順は個々の施設に合わせた内容とすることが必要で、施設ごとに作成すると良いでしょう。また、「いつ」、「どこで」、「誰が」、「どのように」、「何を」するべきか、その際の判断基準や確認ポイントは何かなど、具体的にわかりやすく示しましょう。

(2) 事故発生時の対応（事故報告）

※P26

利用者・家族に対しては誠実な対応が重要

- 初動対応後は、できるだけ早い段階で、発生前後の事実関係を当事者の家族に正確に説明しましょう。事故への迅速な対応に加え、適切な説明の有無も家族からの信頼関係に影響するので、管理者層の適切な関与も必要です。
- 当事者家族に対しては、虚偽の説明をすることなく、求められた情報は可能な限り開示しましょう。一方、当事者家族に対して情報開示を行う際にも、プライバシーの保護には十分配慮することが大切であり、本人の人権を最大限尊重するという姿勢が求められます。
- また、事故情報は職員に対しても開示し、正確な情報を伝えるとともに、各職員が当事者家族から質問された場合に、個人的な判断や推測のもとに回答することがないように徹底しましょう。家族対応の窓口となる職員（管理者等）を決めておくことも効果的です。

行政には適切なタイミングで報告を行う

- 通常、死亡事故や医師（施設の勤務医、配置医を含む。）の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故が発生した場合には、施設から市区町村など行政への報告が求められています。
- 行政への報告により、行政は事故の事実や発生時の状況、施設の対応などを把握でき、必要に応じた助言や指導により家族とのトラブルを防ぐことにつながります。

(3) 原因分析・再発防止策の検討

※P27

Point

- 原因分析・再発防止策の検討には施設全体の多職種で取り組みましょう。
- 妥当性の高い再発防止策の実施のためには、根本的な原因理解が重要です。

【原因分析・再発防止策の検討は組織全体で多職種・多部門の職員により行う】

原因分析・再発防止策の検討を施設全体で行う

• 事故の原因分析や再発防止策の検討は、事故発見者や当事者だけでなく、施設管理者や委員会メンバーを中心に、組織全体で行いましょう。組織全体で検討を進めることにより、事故は職員個人の問題ではなく、組織で再発防止に取り組むものといった文化の醸成につながります。

分析・検討にあたっては多職種・部門のメンバーの専門性を活用

• 組織全体で行う原因分析や再発防止策の検討は、多職種・多部門のメンバーで行うことが重要です。専門性の異なる多職種・多部門が協力して分析・検討を行うことで、根本的な発生原因の深掘りや、本質的な解決策の検討を行いやすくなります。

• また、分析・検討の結果は現場職員にもフィードバックを行いましょう。フィードバックを通じて職員一人ひとりが安全なケアの実施に意識を向けていくことが、同様の事故の再発防止につながります。

• さらに、再発防止策を現場で実践して一定の期間が経過した後には、その効果の検証を行いましょう。必要に応じて対策を見直すことにより、より効果的な改善へとつなげることができます。

(3) 原因分析・再発防止策の検討 ※P27

【根本的な原因理解と再発防止策】

根本的な原因理解は妥当性の高い再発防止策の検討につながる

- 妥当性の高い再発防止策を実施するためには、根本的な原因を理解し解決することが求められます。例えば、ベッドからの転落事例に対して、「観察を頻回に行う」といった解決策では、転落の不安は変わらず、人員に限りがある中での実効性も低いと考えられます。
- 根本原因を探るにあたっては様々な手法（※P28 コラム：RCA（根本要因分析）を行うための手法に詳述）があり、その結果は概ね「利用者本人の要因」、「環境面の要因」、「職員全員に共通の要因」、「職員個人の要因」に大別されます。
- また、事故の発生リスクは利用者の状態によっても異なるため、アセスメントを行い、リスクに応じた対策に取り組んでいくと良いでしょう。

(4) 原因分析・再発防止、未然防止策の事例

1 転倒

再発防止策／未然防止の具体策 ※P30
ケーススタディ ※P31

2 転落

再発防止策／未然防止の具体策 ※P32
ケーススタディ ※P33

3 誤嚥・窒息

再発防止策／未然防止の具体策 ※P34
ケーススタディ ※P35

4 異食

再発防止策／未然防止の具体策 ※P36
ケーススタディ ※P37

5 誤薬・与薬漏れ

再発防止策／未然防止の具体策 ※P38
ケーススタディ ※P39

6 内出血・皮膚剥離

再発防止策／未然防止の具体策 ※P40
ケーススタディ ※P41

7 医療処置における事故

再発防止策／未然防止の具体策 ※P42
ケーススタディ ※P43

8 外出・送迎時の事故

再発防止策／未然防止の具体策 ※P44
ケーススタディ ※P45

※参考文献：介護保険施設等における事故予防及び事故発生時の対応に関するガイドライン（R7.11厚生労働省老健局）

3 事業者求められる義務と責任

(1) 事業者が負う安全配慮義務 ※P50

Point

- ・ 事故発生時の法的責任の有無は安全配慮義務違反が認められるか否かによって判断されます。
- ・ 適切なリスク評価と事故予防措置を講じることが必要です。

【安全配慮義務違反とは】

安全配慮義務の意義

- ・ 介護サービス事業者は、介護サービス契約の明示的な規定に基づき、又は介護サービス契約に付随する義務として、利用者の生命・身体・財産の安全に配慮してサービスを行わなければならない義務（安全配慮義務）が課されています。

(1) 事業者が負う安全配慮義務 ※P50

事故発生時の法的責任の有無の判断材料

- 事業者が利用者に対して安全配慮義務を負っているからといって、利用者が負傷した場合に直ちに法的責任（損害賠償責任）を負うことになるわけではなく、安全配慮義務に違反したときに法的責任を負うことになります。
- 安全配慮義務の内容は一律に定められるものではなく、個々の事案ごとに「結果予見義務」（危険な出来事が発生するかもしれないということを予見しなければならない義務）の違反があるか否か、さらに「結果回避義務」（予見できた危険な出来事の発生を回避すべき義務）の違反があるか否かによって判断されます。
- 介護現場においては、事故に発生予防のための人的・物的な体制整備を行って事故が起こらないようにするとともに、万が一事故が起きても大きな事故とならないような事前及び事後対策を十分に講じる必要があります。

【利用者ごとにリスク管理】

個別のリスク評価は利用者情報の収集が重要

- 予見可能性の高い事故の発生を防ぐためには、利用者ごとのリスク評価を適切に行うことが重要です。リスクの評価は、利用者一人ひとりについて、身体機能や行動範囲、生活特性等を考慮して個別にアセスメントできると良いでしょう。

(2) 事業者の説明責任 ※P52

Point

- 介護サービス事業者には、「リスクの責任説明」や「事故発生時の説明責任」などが求められます。
- 利用者や家族が理解しやすい形での説明をこころがけましょう。

【事業者に求められる責任説明】

「リスクの説明責任」と「事故発生時の説明責任」

- 介護サービス事業者には、予想されるリスクについて、利用者本人やその家族に事前に説明して理解してもらう「リスクの説明責任」や、事故発生時に利用者本人または家族に対して迅速に事実を報告する「事故発生時の説明責任」なども求められます。
- 説明と理解こそが、利用者やその家族と事業者の信頼を高める重要なポイントとなります。

理解と納得を得られるような努力を行う

- 事業者側が決めた規定等を説明したり、文書で示したりするだけでは、説明責任を果たしたことにはなりません。特に、事業者側の自己防衛的な説明や、責任の所在を転嫁するような説明は適切ではありません。
- 利用者本人や家族が自己判断・選択をするのに必要な事実や情報を理解しやすい形で提供し、理解と納得を得られるよう努力をすることが重要であり、それが信頼関係の構築につながります。

4 事故報告書の提出

(1)事故の範囲

松山市介護保険施設等事故報告事務取扱基準2より抜粋

- (1) 利用者に対するサービスの提供に伴い発生した次の負傷事故
 - ア 医師の保険診療を要し、投薬、処置等何らかの治療が必要となったもの
 - イ 医師の保険診療や治療を要しないが負傷により利用者の家族等から苦情が出ているもの
- (2) 利用者に対するサービスの提供に伴い発生した死亡事故
- (3) 利用者に対するサービスの提供中に所在が不明となり、警察に捜索願が出されたもの
- (4) 利用者に対するサービスの提供などの業務遂行により発生又は請求された損害賠償事故
- (5) 食中毒及び感染症等で法令により保健所等へ通報が義務付けられている事由が発生したもの
- (6) 職員（従業者）の犯罪、法令違反又は不祥事等により利用者等の処遇に影響があるもの
- (7) 職員（従業者）がサービスの提供中に受けた利用者からの暴行等により発生した次の事故
 - ア 医師の保険診療を要し、投薬、処置等何らかの治療が必要となったもの
 - イ 医師の保険診療や治療を要しないが職員の処遇に影響があるもの
- (8) 震災、風水害又は火災等の災害によりサービスの提供に影響があるもの
- (9) その他松山市が報告を必要と判断した事故

(2) 事故報告の提出書類

・事故報告書

| 事故報告書 (事業者→松山市) | | | | | | | | | | (別紙) | | |
|---|-------------------|--|---|----|---|-----|---|------------|--|------|--|--|
| ※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること ※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 第1報 <input type="checkbox"/> 第2報 <input type="checkbox"/> 最終報告 提出日: 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 1 事故状況 | 事故状況の程度 | <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | |
| | 死亡に至った場合 死亡年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | |
| | 法人名 | | | | | | | | | | | |
| | 事業所(施設)名 | 事業所番号 | | | | | | | | | | |
| 2 事業所の概要 | サービス種別 | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 記載者氏名 | | | | | | | | | | |
| | 氏名・年齢・性別 | 氏名 | 年齢 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | | | | | | | |
| | サービス提供開始日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 保険者 | | | | | | |
| 3 対象者 | 住所 | <input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | |
| | 身体状況 | 要介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立 | | | | | | | | | |
| | | 認知症高齢者 日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | | | | | | | | | |
| | 発生日時 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 | 分項(24時間表記) | | | | |
| 4 事故の概要 | 発生場所 | <input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | |
| | 事故の種別 | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜き等) <input type="checkbox"/> 職員の違法行為・不祥事 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 感染症(インフルエンザ等) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | |
| | 発生時状況、事故内容の詳細 | | | | | | | | | | | |
| | その他 特記すべき事項 | | | | | | | | | | | |
| 5 事故発生時の対応 | 発生時の対応 | | | | | | | | | | | |
| | 受診方法 | <input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | |
| | 受診先 | 医療機関名 | 連絡先(電話番号) | | | | | | | | | |
| | 診断名 | 診断内容 | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位:) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | |
| | 検査、処置等の概要 | | | | | | | | | | | |

・発症状況調査票 (感染症の場合のみ)

| 発症状況調査票 (優先回答) | | | | | | | | | | ※発症日時の早い人から記入すること! | | | | | | | | | | No | | |
|----------------|-----|--------|-----|------|----------------------------|--------------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--------------------------|---------|---------------------|--------------------------------------|
| グループ名等: | | | | | | | | | | 調査年月日: 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | 調査者職氏名: | | |
| フリガナ | 氏名 | 性別 | 年齢 | 初発日時 | 主な症状 (嘔吐、下痢、 腹痛、発熱等) | 症状のあった日に0をつけてください。 | | | | | | | | | | | | 受診の有無 | 医療機関 受診状況 下段: 医療機関 | 検査結果 | 経過 詳細 下段: 回復日 | 備考 (調理従事者、 重症化リスク、 汚染拡大要因等) |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 施設長 | 利用者・職員 | 月 日 | 時 分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 施設長 | 利用者・職員 | 月 日 | 時 分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 施設長 | 利用者・職員 | 月 日 | 時 分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※感染症の場合のみ、「発症状況調査票」の提出が必要

(3) 事故の報告手順



松山市介護保険施設等事故報告事務取扱基準3より抜粋

- (1) 事業者は、事故の範囲に定める事故発生後、事故報告書（別紙様式）により、速やかに（5日以内）第一報を報告する。
- (2) その後、事業者は、事故の範囲に定める事故発生後、概ね2週間以内に、事故報告書（別紙様式）により、第二報を報告する。
- (3) 事業者は、事故の処理が長期化する場合は、適宜処理の途中経過について報告を行い、処理が完結した時点で事故報告書（別紙様式）により、結果報告を行うこと。
- (4) 事業者は、必要に応じて松山市から求められた資料を提出するものとする。
- (5) 第一報の時点で事故処理が終了している場合は、第一報をもって最終報告とすることができる。

※注意事項※

- ・可能な限り詳細に記入してください。なお、内容が不足している場合は、再提出又は電話にて確認をさせていただきます。
- ・第1報後、第2報が2週間以内に提出されていないケースが多く見受けられますので、速やかに提出をお願いします。
- ・発生した事故について、根本原因を「利用者本人の要因」「環境面の要因」「職員全員に共通の要因」「職員個人の要因」をもとに探り、再発防止策の検討するようにしてください。（※P27,28）

(4) 提出先

| | ●有料老人ホーム (住宅型) | ●有料老人ホーム（介護付） ●サービス付き高齢者向け住宅 (介護指定事業所) | ●サービス付き高齢者向け住宅 (介護指定事業所を除く) |
|------|--|--|---|
| 提出先 | 〒790-8571 松山市二番町4丁目7番地2 松山市役所 指導監査課 ✉ shidoukansa@city.matsuyama.ehime.jp | | 〒790-8571 松山市二番町4丁目7番地2 松山市役所 住宅課 ✉ juutaku@city.matsuyama.ehime.jp FAX 934-1807 |
| 提出方法 | ●えひめ電子申請システム（原則） https://apply.e-tumo.jp/city-matsuyama-ehime-u/offer/offerList_detail?tempSeq=6601 (不可能な場合は、メール、郵送、持参) | | ●メール、郵送、持参、FAX |
| 問合せ先 | ●指導監査課 社会福祉法人・施設整備担当 ☎ 948-6414  | ●指導監査課 介護事業者指定・指導担当 ☎ 948-6968  | ●住宅課 住宅セーフティネット推進担当 ☎ 948-6349 |