

事故発生防止のための指針

社会福祉法人 三笠市社会福祉事業団

特別養護老人ホーム三笠市ことぶき荘

1. 施設における介護事故の防止に関する基本的考え方

特別養護老人ホーム三笠市ことぶき荘（以下「ことぶき荘」とする）では、「住み慣れた地域での暮らしを支える拠点施設」の基本方針に基づき、人としての尊厳を守り、施設生活を安心して送って頂くために、事故等を未然に防ぐことを常に意識しながら、一人一人をみつめ、より質の高い介護サービスを提供する事を目標に事故等の防止に努めます。

また、事故が発生した場合には速やかかつ適切な対応を行い、再発防止に努めます。

2. 介護事故の防止の委員会の設置について

ことぶき荘での事故発生防止、再発防止を検討するために、以下のとおり多職種で構成する委員会を組織します。またこの委員会において外部の研修を受講した安全対策担当者を1名配置します。

(1) 設置の目的

ことぶき荘内での事故防止委員会（以下「事故防止委員会」とする）を設置し、現状把握、介護事故発生の防止、再発防止策を検討し、施設全体で取り組むものとします。

(2) 委員会の構成員

施設長	介護職員	介護支援専門員
生活相談員	看護師	ほか必要に応じ招集

(3) 委員会の開催

1カ月に1回開催することとし、介護事故の発生防止や再発防止、現状把握を行います。ただし、事故発生時には随時これを開催します。（朝礼での情報共有、対応策の検討を含む）

(4) 委員会の役割

- ・ 事故に対する分析及び改善策の検討
- ・ 改善策の周知徹底
- ・ 多職種協働でのアセスメントの実施による事故予防

3. 介護事故防止のための職員研修に関する基本方針

介護事故発生防止に関する職員への教育・研修を定期的実施します。

- ・ 定期的な教育・研修（年2回）
- ・ 新任職員に対する事故防止発生研修

- ・その他事故発生防止に関する教育・研修を随時行う。

4. 介護事故、ヒヤリハット事例等の報告方法、及び介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策

介護事故が発生した際の報告の考え方や方法については以下のとおりとします。

(1) 報告システムの確立

情報収集のため、ヒヤリハット報告書や事故報告書を作成し、報告システムを確立します。収集された情報は、分析・検討を行い、施設内で共有し、再び事故を起こさないための対策を立てるために用いるものであり、報告者個人の責任追及のためには使いません。

ア. 事故報告書（別紙 1～施設内報告様式）

施設内で発生した事故若しくは事故に至らなくとも危険と思われる事例等を報告する。

イ. 事故報告書（北海道・三笠市報告様式）

北海道で定める「社会福祉施設等における事故等発生時の報告事務取扱要領」に従い、同取扱要領第 4 項に定める「(報告様式 2-1) 事故等発生状況報告書」を北海道に提出する。併せて「介護保険施設等における事故の報告様式等について（老高発 0319 第 1 号令和 3 年 3 月 19 日）」に従い、同通知第 3 項に定める報告内容（様式）「事故報告書」を市町村に提出する。

(2) 事故要因の分析

集められた情報を基に、「分析」⇒「要因の検証」と「改善策の立案」⇒「改善策の実践と結果に評価」⇒「必要に応じた取り組みの改善」といった PDCA サイクルによって活用します。

(3) 改善策の周知徹底

分析によって導き出された改善策については、事故発生防止委員会を中心として実践し、全職員に周知徹底を図ります。

5. 介護事故発生時の対応に関する基本指針

介護事故が発生した際の対応については以下のとおりとします。

(1) 利用者への対応・事故処理

事故が発生した場合、施設は利用者に対する処置を講じるなど、速やかな対応と迅速・適切な事故処理を行います。また、事故の状況及び事故に際してとった対応については必ず記録し、損害賠償の責を負う事態に対処するため、損害賠償保険に加入します。

(2) 家族等に対する連絡・説明

身元引受人に対して速やかに連絡を行います。(夜間に発生したもので急を要しないものは翌日に連絡を行う)

事故が起こった際にはご家族に連絡を行う事としますが、疎遠で頻繁な連絡を望まない家族もいることから、どの程度の状況で連絡を望むのかあらかじめ確認しておきます。

(3) その他の連絡・報告について

死亡に至った事故や、医師の診断を受け投薬や治療を受ける状況となった場合は、三笠市及び北海道に対して事故報告を行います。

6. 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本指針

ことぶき荘での事故発生防止のための指針はことぶき荘内及び社会福祉事業団事務局(事務所)に掲示しいつでも閲覧できるようにする。また、三笠市社会福祉事業団ホームページ上にも公開するものとします。

付 則

(施行期日)

この指針は、令和3年10月1日より施行する。

事故報告書

令和 年 月 日 ()

施設長	相談員	相談員	介護係長	主任介護士	主任介護士	主任看護師	記録者

記録者名

利用者氏名							
住所							
要介護度		寝たきり度		認知症度			
発生日時	発生場所			事故種類			
事故発生前							
事故発生状況							
事故原因							
本人要因 介護者要因 環境要因	生活動作	低血糖・低血圧・脱水		薬物処方状況	機能低下		
	介護動作	介護手順		動作意思確認	アセスメント不足		
	動作環境	設備・用具の不備					
応急処置の内容 (経過観察の場合の理由)							
受診状況及び 診断内容							
今後の対応 再発防止策							
家族への連絡	日時	月	日	時	分頃(連絡者：)		
	家族氏名：			(本人との関係：)			
備考 各職種意見							

事故等発生状況報告書

年 月 日

〇〇（総合振興局又は振興局）長 様

法人所在地
法人名称
代表者氏名

1 事故等が発生した施設・事業所

- (1) 種 別
- (2) 名 称
- (3) 所在地

2 事故等の分類

該当する□にチェックを入れること

利用者処遇等に関するもの		施設・事業所及び役職員に関するもの	
<input type="checkbox"/> 死亡事故	<input type="checkbox"/> 不法行為	<input type="checkbox"/> 不適切な会計処理	<input type="checkbox"/> 不法行為等
<input type="checkbox"/> 虐待	<input type="checkbox"/> 無断外出	そ の 他	
<input type="checkbox"/> 失踪・行方不明	<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 骨折・打撲・裂傷等		<input type="checkbox"/> 事件報道が行われた場合等	
<input type="checkbox"/> 誤飲・誤食・誤嚥、誤薬		<input type="checkbox"/> その他必要と認められる場合	

3 事故等の概要

4 事故等の発生日時・場所

- (1) 日時 年 月 日 (午前・午後) 時 分(頃)
- (2) 場所

5 施設等が事故等を認知した日時及び家族への対応等

- (1) 事故認知日時 年 月 日 (午前・午後) 時 分(頃)
- (2) 認知した経緯
- (3) 家族への連絡 年 月 日 (午前・午後) 時 分(頃)
氏名 (続柄)

※児童福祉施設等のうち道が実施機関の場合のみ記載すること

- (1) 総合振興局等あて 年 月 日 (午前・午後) 時 分(頃)
- (2) 所管児童相談所あて 年 月 日 (午前・午後) 時 分(頃)
- (3) 保護者等あて 年 月 日 (午前・午後) 時 分(頃)

6 被害者等の状況 ((4)(5)は児童福祉施設等のうち道が実施機関の場合のみ記載すること)

- (1) 被害を受けた利用者又は職員等の氏名等
住 所
(職)氏名 (男・女) 年 月 日生 (歳)

※身体状況（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者手帳等の状況等）

①等級

③障がい名等

②部位

④要介護度・障害者区分

(2) 傷病名等

①傷病名・部位

②傷病の程度

全治 日(月)

(3) 入所・利用開始(採用)年月日

年 月 日

(4) 保護者氏名

(5) 所管児童相談所名

〇〇児童相談所

7 当該事故関係者の状況

(1) 当該事故関係者の住所・氏名

住 所

(職)氏名

(男・女)

年

月

日生

(歳)

※身体状況（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者手帳等の状況等）

①等級

③障がい名等

②部位

④要介護度・障害者区分

(2) 採用(入所・利用開始)年月日(職員の場合は略歴を添付) 年 月 日

8 施設・事業所の対応

(1) 事故発生時(対処の方法、受診医療機関、治療内容)

(2) 今後(対処の方法、受診医療機関、治療内容)

(3) 損害賠償・訴訟の有無等

9 事故の原因分析及び再発防止策(今後の類似事案に対する取組みを具体的に記載すること)

(1) 原因

(2) 再発防止策

10 前回事故発生年月日 年 月 日

連絡先
担当者

注) ・報告書提出時に確定していない事項があれば、その旨記載し、別途報告すること。
・施設等において本報告とは別に作成している事故報告書、事故防止委員会等の記録の写しを添付すること。

事故報告書 (事業者→〇〇市(町村))

市町村提出用(標準様式)

※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

第1報 第__報 最終報告

提出日：西暦 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				
2事業所の概要	法人名											
	事業所(施設)名								事業所番号			
	サービス種別											
	所在地											
3対象者	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			
	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									
4事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃(24時間表記)
	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"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)										
	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												

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況									
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者			<input type="checkbox"/> その他 ()		
		報告年月日	西暦		年		月		日	
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 自治体名 ()		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 ()			<input type="checkbox"/> その他 名称 ()			
本人、家族、関係先等 への追加対応予定										
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること)									
8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、 再発防止策の評価時期および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)									
9 その他 特記すべき事項										