

社会福祉法人きたの愛光会

介護事故防止(リスクマネジメント)に関する指針

—介護事故防止及び介護事故発生時の対応の手引き(マニュアル)—

令和3年9月1日

介護事故防止(リスクマネジメント)委員会

目 次

	(頁)
I 事故防止(リスクマネジメント)	1
1 施設における介護事故の防止に関する基本的な考え方	1
2 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織	1
(1) 介護事故防止(リスクマネジメント)委員会の設置	1
(2) 多職種協働によるアセスメントの実施による事故予防	1
3 介護事故防止における各職種の役割	1
4 介護事故等の未然防止の方策	2
5 介護(福祉)用具・機器の適性利用	2
(1) 利用者等にあった福祉用具等の使用	2
(2) 用具・機器の取扱い方法	2
(3) 日常における点検	2
(4) 介護ロボット及び見守り機器等の活用	2
II 介護事故発生時の対応	3
1 介護事故発生時の対応	3
(1) 当該利用者への対応	3
(2) 事故状況の把握	3
(3) 改善策	3
(4) 関係者への連絡・報告	3
(5) 行政への報告	3
(6) 損害賠償	3
(7) 事故に対する苦情等	3
III 介護事故防止の研修	3
1 介護事故防止のための職員研修に関する基本方針	3
IV その他	3
1 介護事故防止に関する指針の閲覧について	3
2 指針の改廃について	3

《様式一覧》

- ・様式 1 特殊浴槽点検票
- ・様式 2—1 事故報告書（施設部用）
- ・様式 2—2 事故報告書（在宅部用）
- ・様式 3 介護事故防止委員会議事録
- ・様式 4 (行政用2020.4.1改正 報告様式2—1 事故等発生状況報告書)
- ・

平成18年12月 1日
改訂 令和 3年 9月 1日

I 介護事故防止（リスクマネジメント）

1 介護事故の防止に関する基本的考え方

「人間としての尊厳を冒し、安全や安心を阻害しており、提供するサービスの質に悪い影響を与えるもの」をリスクとして捉え、入所者・利用者（以下「利用者等」という。）に、より質の高いサービスを提供することを目標に介護事故の防止（リスクマネジメント）に努めます。そのために、必要な体制を整備するとともに、利用者一人ひとりに着目した個別的なサービス提供を徹底し、組織全体で介護事故の防止（リスクマネジメント）に取り組みます。

2 介護事故の防止（リスクマネジメント）のための委員会その他施設内の組織

（1）介護事故防止（リスクマネジメント）委員会（以下「委員会」という。）の設置

別紙「介護事故防止（リスクマネジメント）委員会設置要綱」に基づき、設置します。

（2）多職種協働によるアセスメントの実施による介護事故予防

① 多職種協働

利用者等の支援に係る職員（介護職員、看護職員、管理栄養士、生活相談員、介護支援専門員、理学療法士、作業療法士等）によるアセスメントを実施します。利用者等の心身の状態、生活環境、家族関係等から、個々の心身の状態把握に努め、事故に繋がる要因を検討し介護事故予防に向けた各種サービス計画を作成します。

② カンファレンス

上記により作成した各種サービス計画の実施状況について、日常的に利用者等の心身の状態等を記録し、定期的に、各施設・事業所で各種ケア会議を開催し、サービス提供の実施状況の確認及び検討を行ないます。

③ 各施設・事業所における安全対策（組織）

上記（1）（2）の内容の関係職員への周知徹底に努めます。

3 介護事故防止における各職種の役割

施設内において、事故発生防止のためにチームケアを行う上で、各職種がその専門性に基づいて適切な役割を果たします。

（施設長）

- ・介護事故防止のための総括管理

（施設部長）

- ・安全対策担当者として、以下の事項を推進する。
 - ・介護事故防止のための指針及びマニュアルの整備と職員への周知に関するこ
 - ・介護事故が発生した場合等における報告とその分析、改善策を職員へ徹底する体制の整備に関するこ
 - ・事故及びヒヤリハット報告の集約、分析、再発防止策の検討に関するこ
 - ・職員に対する研修の定期的な実施（年2回以上・新規採用時）に関するこ

（看護職員）

- ・医師、協力医療機関等との連携
- ・施設・事業所における医療的行為の範囲の整備
- ・利用者等の心身の状態把握
- ・正確かつ丁寧な記録の整備

（理学療法士・作業療法士）

- ・利用者等の心身の状態確認
- ・介護事故・ヒヤリハット対象者の状態確認・分析・改善

（生活相談員・介護支援専門員）

- ・緊急時連絡体制の整備（施設、家族、行政）
- ・事故報告書の作成（行政）

- ・ 医療機関、家族等の対応
- ・ 損害賠償請求等の手続き（家族、保険会社）

(管理栄養士・栄養士)

- ・ 食品管理、衛生管理の体制整備と管理指導
- ・ 食中毒予防の教育と、指導の徹底
- ・ 緊急時連絡体制の整備（施設、保健所、委託業者、出入り業者）
- ・ 利用者の状態に応じた食事の工夫

(介護職員)

- ・ 食事・入浴・排泄・移動等介助における基本的知識を身につけます
- ・ 利用者の意向に沿った対応を行い無理な介護は行いません
- ・ 利用者の疾病、障害等による行動特性を理解します
- ・ 介護機器の使用方法を理解します
- ・ 利用者個々の心身の状態を把握し、各種サービス計画に沿ったケアを行います
- ・ 正確かつ丁寧な記録の整備します

(医 師)

- ・ 医療行為への対応
- ・ 看護職員との連携

(総務課)

- ・ 施設・事業所内の環境整備
- ・ 職員の健康管理、安全性の確保
- ・ 緊急時連絡体制の整備（施設、行政、保健所、各関係機関）
- ・ 損害賠償請求等の手続き（保険会社）

4 介護事故等の未然防止の方策

(1) 介護事故及びヒヤリハット報告書、再評価の提出

- ① ヒヤリハットは、所定の様式により、毎月、施設・事業所ごとにまとめ、委員会に提出します。
- ② 介護事故報告書は、事故発生の都度、所定の様式により、委員会に提出します。
- ③ 改善策を講じた事例については、所定の様式により、再評価を委員会に提出します。

(2) 報告書、再評価の活用

提出された各報告書に基づき、委員会において、「分析」→「要因の検証」と「改善策の立案」→「改善策の実践と結果の評価」→「必要に応じた取り組みの改善」といったPDCAサイクルにより活用します。

また、その過程において自施設における事例だけではなく、他施設の事例についても取り上げ、リスクの回避、軽減に役立てます。

(3) 分析結果等の周知徹底

分析によって導き出された原因(背景)と改善策、並びに介護事故に結びつく可能性の高い事例について、委員会が中心となり、全職員に周知徹底を図ります。

5 介護（福祉）用具・機器の適性利用

(1) 利用者等にあった福祉用具等の使用

利用者等の心身の状態に合わせた福祉用具等を使用します。

(2) 用具・機器の取扱い方法

職員は、福祉用具・介護機器の取扱い・使用方法を理解します。

(3) 日常における点検

① 入浴機器を使用する際は、「様式1始業前点検表」により、点検を行います。

② 個人利用の車椅子・ベッド等は、日常的に点検整備・清掃を行います。

(4) 介護ロボット及び見守り機器等の活用

職員の身体的および精神的負担を軽減することは、業務効率の向上及びリスク軽減にもつながることから、効果的な導入及び使用方法について検討します。

II 介護事故発生時の対応

1 介護事故発生時の対応

介護事故が発生した場合には、下記により、速やかに対応します。

(1) 当該利用者への対応

- ① 介護事故が発生した場合は、周囲の状況及び当該利用者の状況を判断し、当該利用者の安全確保を最優先として行動します。
- ② 関係部署及び家族等に速やかに連絡し必要な措置を講じます。
- ③ 状況により、医療機関への受診等が必要な場合は、迅速にその手続きを行います。

(2) 事故状況の把握

事故の状況を把握するため、関係職員は「様式2-1 事故報告書(施設部用)」又は「様式2-2 事故報告書(在宅部用)」にて、速やかに報告します。

報告書には、状況がわかるよう事実のみを記載するようにします。

(3) 改善策

- ① 事故報告書に基づき、事実確認・事故の背景(原因)等を分析し、改善策を介護事故防止委員会において検討します。
- ② 委員会で検討された内容等は、「様式3 議事録」に記録します。

(4) 関係者への連絡・報告

介護事故防止委員会の検討内容等をご家族・担当ケアマネージャー(短期入所・デイサービスセンター・包括支援センター・居宅介護支援の利用者の場合)に報告します。

(5) 行政への報告

社会福祉施設等における事故発生時の報告事務取扱要領に基づき、「様式4 事故発生状況報告書」を提出します。

(6) 損害賠償

事故の状況により賠償等の必要性が生じた場合は、当法人の加入する損害賠償保険で対応します。

(7) 事故に対する苦情等

介護事故に対する苦情等については、別に定める「苦情解決体制に関する規程」に基づき対応します。

III 介護事故防止の研修

1 介護事故防止のための職員研修に関する基本方策

介護事故の防止等に取り組むにあたって、委員会を中心として、介護事故防止に関する職員への教育・研修を、定期的かつ計画的に行います。

- ① 定期的な教育・研修(年2回以上)
- ② 新規採用者に対する介護事故防止の研修
- ③ その他、必要な教育・研修

IV その他

1 介護事故防止(リスクマネジメント)に関する指針の閲覧について

この指針は、当施設・事業所に常設している他、法人ホームページにも掲載しており、いつでも自由に閲覧することができます。

2 この指針の改廃は、委員会で審議のうえ、理事長の承認を得て行なうものとします。

様式1

【特養こもれびの里・せせらぎ兼用】

施設長	施設部長	介護課長	介護係長	主任	担当

始業前点検表

点検日時：令和 年 月 日
午前・午後 時 分

1 車椅子浴槽編

点 検 内 容		チェック	備 考
電源投入前	① 浴槽の周囲に障害物はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	② 浴槽内やタンク内に汚れや不用物はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	③ さし湯口からのお湯の漏れはないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	④ カバーの外れ、ガタつき、取付ネジの緩み、脱落はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
電源投入後	⑤ 扉の開閉、底面シールの開閉に異常がないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑥ 温度・入浴時間の表示は点灯しているか？？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑦ 給湯の温度設定ができるか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑧ 給湯完了後、タンク内のお湯は適温か？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑨ シャワー水栓の温度調節ができるか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	

2 入浴用車椅子編

点 検 内 容		チェック	備 考
使用開始前	① マットの破れはないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	② 安全ベルトにほつれ等の破損はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	③ 安全ベルトのバックルに破損はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	④ アームサポートに緩みやガタつき等の異常はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑤ サイドサポートに緩みやガタつき等の異常はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑥ フットレストに緩みやガタつき等の異常はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑦ ヘッドレストに緩みやガタつき等の異常はないか？ また、高さの調整がスムーズか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑧ 通常状態、チルト状態が保持できるか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑨ キャスターの緩み、ガタつき、抜け出しあはないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑩ 直進・回転時にキャスターがスムーズに動くか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑪ キャスターはしっかりとロックできるか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	

【特記事項】

様式1

【特養こもれびの里・せせらぎ兼用】

施設長	施設部長	介護課長	介護係長	主任	担当

始業前点検表点検日時：令和 年 月 日
午前・午後 時 分**1 仰臥浴槽編**

	点検内容	チェック	備考
電源投入前	① 浴槽の周囲に障害物はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	② 外カバーの外れ、ガタつき、取付ネジの緩み、脱落はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	③ ガイド、キャッチヤー部のガタつき、取付ボルトの緩み、脱落はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	④ 給湯口からのお湯の漏れはないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
電源投入後	⑤ 温度表示・入浴時間表示が点灯しているか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑥ 給湯温度表示と実際の湯の温度が合っているか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑦ 給湯、さし湯の温度設定表示と実際の湯の温度が合っているか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑧ 浴槽内温度表示は浴槽内の実際のお湯の温度と合っているか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑨ 高温時44°C以上で給湯温度表示が点滅するか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑩ シャワー水栓の温度調節ができるか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑪ シャワーが高温(43°C以上)のときに高温警告ランプが点灯するか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑫ ストレッチャーの連結操作、解除操作に異常はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑬ 担架の移動、浴槽の昇降動作に異常はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑭ 内カバーの外れ、ガタつき、取付ネジの緩み、脱落はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	

2 仰臥浴槽用ストレッチャー編

	点検内容	チェック	備考
使用開始前	① 周囲に障害物はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	② 解除ペダルは水平に戻るか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	③ 担架スライド防止装置が作動するか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	④ キャスターのロックは確実にできるか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑤ キャスターの緩み、ガタつき、抜け出しあはないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑥ キャスターの車輪の磨耗はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑦ バッテリーの容量は充分か？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑧ 昇降動作が正常にできるか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	

3 仰臥浴槽用担架編

	点検内容	チェック	備考
使用開始前	① 担架はストレッチャー／洗浄台の上で固定できるか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	② マットは破れていないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	③ 安全ベルトのほつれ、バックルの破損はないか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	④ アームサポートの操作ができるか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑤ 背当ての操作ができるか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	
	⑥ サイドフェンスの操作ができるか？	<input type="checkbox"/> OK・ <input type="checkbox"/> NG	

【特記事項】

様式1

【特養こもれびの里みわ専用】

施設長	施設部長	介護課長	介護係長	主任	担当

始業前点検表点検日時：令和 年 月 日()
午前・午後 時 分**1 仰臥浴槽編**

	点 検 内 容	チェック	備 考
電源投入前	① 浴槽の周囲に障害物はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	② 外カバーの外れ、ガタつき、取付ネジの緩み、脱落はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	③ ガイド、キヤッチャ一部のガタつき、取付ボルトの緩み、脱落はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	④ 給湯口からのお湯の漏れはないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
電源投入後	⑤ 温度表示・入浴時間表示が点灯しているか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑥ 給湯温度表示と実際の湯の温度が合っているか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑦ 給湯、さし湯の温度設定表示と実際の湯の温度が合っているか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑧ 浴槽内温度表示は浴槽内の実際のお湯の温度と合っているか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑨ 高温時44°C以上で給湯温度表示が点滅するか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑩ シャワー水栓の温度調節ができるか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑪ ストレッチャーの連結操作、解除操作に異常はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑫ 担架の移動、浴槽の昇降動作に異常はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑬ 内カバーの外れ、ガタつき、取付ネジの緩み、脱落はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	

2 仰臥浴槽用ストレッチャー編

	点 検 内 容	チェック	備 考
使用開始前	① 周囲に障害物はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	② 解除ペダルは水平に戻るか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	③ 担架スライド防止装置が作動するか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	④ キャスターのロックは確実にできるか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑤ キャスターの緩み、ガタつき、抜け出しあはないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑥ キャスターの車輪の磨耗はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑦ バッテリーの容量は充分か？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑧ 昇降動作が正常にできるか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	

3 仰臥浴槽用担架編

	点 検 内 容	チェック	備 考
使用開始前	① マットは破れていないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	② 安全ベルトのほつれ、バックルの破損はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	③ アームサポートの操作ができるか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	④ 背当ての操作ができるか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑤ サイドフェンスの操作ができるか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	

【特記事項】

【特養こもれびの里緑ヶ丘専用】

施設長	施設部長	介護課長	介護係長	主任	担当

始業前点検表点検日時：平成 年 月 日
午前・午後 時 分**1 仰臥浴槽編**

	点 検 内 容	チェック	備 考
電源投入前	① 浴槽の周囲に障害物はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	② 外カバーの外れ、ガタつき、取付ネジの緩み、脱落はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	③ ガイド、キャッチヤー部のガタつき、取付ボルトの緩み、脱落はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	④ 給湯口からのお湯の漏れはないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
電源投入後	⑤ 温度表示・入浴時間表示が点灯しているか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑥ 給湯温度表示と実際の湯の温度が合っているか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑦ 給湯、さし湯の温度設定表示と実際の湯の温度が合っているか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑧ 浴槽内温度表示は浴槽内の実際のお湯の温度と合っているか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑨ 高温時44°C以上で給湯温度表示が点滅するか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑩ シャワー水栓の温度調節ができるか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑪ ストレッチャーの連結操作、解除操作に異常はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑫ 担架の移動、浴槽の昇降動作に異常はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑬ 内カバーの外れ、ガタつき、取付ネジの緩み、脱落はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	

2 仰臥浴槽用ストレッチャー編

	点 検 内 容	チェック	備 考
使用開始前	① 周囲に障害物はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	② 解除ペダルは水平に戻るか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	③ 担架スライド防止装置が作動するか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	④ キャスターのロックは確実にできるか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑤ キャスターの緩み、ガタつき、抜け出しあはないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑥ キャスターの車輪の磨耗はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑦ バッテリーの容量は充分か？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑧ 昇降動作が正常にできるか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	

3 仰臥浴槽用担架編

	点 検 内 容	チェック	備 考
使用開始前	① マットは破れていないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	② 安全ベルトのほつれ、バックルの破損はないか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	③ アームサポートの操作ができるか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	④ 背当ての操作ができるか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	
	⑤ サイドフェンスの操作ができるか？	<input type="checkbox"/> OK · <input type="checkbox"/> NG	

【特記事項】

樣式 2-1

施設部用

【事故報告書】

施設長	施設部長	介護課長	介護係長	看護係長	介護主任	相談員	提出者

記載提出における注意事項

- (1st) 関係者の記憶の新しいうちに提出しましょう。
(2nd) 記載内容は全て事実でなくてはいけません。
(3rd) 提出者の主觀や推測は交えてはいけません。

報告書提出日：令和 年 月 日

報告者氏名（記載者氏名）	利用者氏名（ユニット・グループ）	所属部署
	様	<input checked="" type="checkbox"/> 特養 こもれび <input checked="" type="checkbox"/> ショート <input checked="" type="checkbox"/> 特養 せせらぎ <input checked="" type="checkbox"/> 地域特養 みわ <input checked="" type="checkbox"/> 地域特養 緑ヶ丘
介護度〔要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5〕		
認知度〔 <input type="checkbox"/> I ほぼ自立 <input type="checkbox"/> IIa 金銭管理不可 <input type="checkbox"/> IIb 服薬管理不可 <input type="checkbox"/> IIIa 日中中心に要介護 <input type="checkbox"/> IIIb 夜間中心に要介護 <input type="checkbox"/> IV 常に介護 <input type="checkbox"/> M 精神症状や問題行動・重篤身体疾患〕		
A D L（身体状況・精神状況・日常生活の様子等）		
麻痺〔 <input type="checkbox"/> あり（右上肢・右下肢）（左上肢・左下肢） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> なし〕		
移動〔 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス〕 移乗〔 <input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助〕		
排泄〔 <input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助〕〔 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> ベッド上〕		
食事〔 <input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助〕嚥下〔 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> ムセあり <input type="checkbox"/> できない〕		
居室〔 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> お布団〕 環境（センサー）〔 <input type="checkbox"/> 使用あり（種類 ） <input type="checkbox"/> なし〕		

発生(発見)日時	令和 年 月 日 (AM・PM 時 分)
発生場所	<input type="checkbox"/> 居 室 <input type="checkbox"/> 居室外 () <input type="checkbox"/> 浴 室 <input type="checkbox"/> 厨 房 <input type="checkbox"/> テ ルーム <input type="checkbox"/> 車 内 <input type="checkbox"/> 施設外 <input type="checkbox"/> その他 ()
分 類	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落&ずり落ち <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 窒息・誤嚥・異食 <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 離施設 <input type="checkbox"/> 車両移送 <input type="checkbox"/> 不適切な接遇 <input type="checkbox"/> 不適切な介護によるケガ <input type="checkbox"/> 私物(金銭等)の紛失破損 <input type="checkbox"/> その他 ()
第一発見者	<input type="checkbox"/> 介 護 職 員 (早番・遅番・日勤・夜勤) <input type="checkbox"/> そ の 他 ()
発見時の状況・内容	・どんな状況でしたか? (心身の状況や環境状況等) 現場図
《発見直後のバイタル》	
血圧	/
脈拍	回
体温	°C
SP02	%
★当ではまるもの全てにチェック★ <input type="checkbox"/> よく見えなかった <input type="checkbox"/> 気がつかなかった <input type="checkbox"/> 記憶違いをしていた <input type="checkbox"/> 忘れていた <input type="checkbox"/> 知らなかった <input type="checkbox"/> 深く考えていなかった <input type="checkbox"/> 複雑な作業だった <input type="checkbox"/> 整理整頓が悪かった <input type="checkbox"/> 大丈夫だと思った <input type="checkbox"/> 慌てていた <input type="checkbox"/> 疲れていた <input type="checkbox"/> バランスを崩した <input type="checkbox"/> 無意識に体が動いた <input type="checkbox"/> やりにくかった	

発見直後の対応	<ul style="list-style-type: none"> 救命と安全確保のためにどう対応しましたか？ 							
看護対応と指示内容 (担当看護職員)	NSが対応した事：							
	CWに指示した事：							
	救急車発動要請 なし・あり (到着時間 :)							
連絡	報告日時：介護係長（または介護主任）月 日 AM・PM 時 分							
	報告日時：介護課長 月 日 AM・PM 時 分							
	報告日時：施設長（または施設部長）月 日 AM・PM 時 分							
家族への第一報 (連絡担当者)	報告日時：月 日 AM・PM 時 分							
	(家族氏名 様) (続柄)							
家族への第二報 (連絡担当者)	報告日時：月 日 AM・PM 時 分							
	(家族氏名 様) (続柄)							
医師からの診断内容と 指示内容 (同席者)								
	(施設職員) (家族氏名 様・続柄)							
原因（背景）について	<ul style="list-style-type: none"> 事故がなぜ起きたのか、どのような事が原因で事故に至ったのか？ 							
	①							
	②							
	③							
	④							
	★当てはまるもの全てにチェック★							
	<input type="checkbox"/> 利用者本人の要因 <input type="checkbox"/> 技術・知識不足 <input type="checkbox"/> 手順・連携・手続きミス <input type="checkbox"/> 環境面の要因							
	<ul style="list-style-type: none"> どうすれば未然に防げたのか？ 							
	①							
	②							
対応策の立案・見直し	③							
	④							
事故防止検討委員会	開催日時：月 日 AM・PM 時 分 ~ 時 分							
	出席者： 施設長・施設部長・介護課長・介護係長・看護係長							
	介護主任在・リーダー・看護職員・第一発見者・生活相談員							
	その他 ()							

【事故報告書】

施設長	施設部長	介護課長	在宅課長	介護係長	看護係長	相談員	提出者

記載提出における注意事項

- (1st) 関係者の記憶の新しいうちに提出しましょう。
- (2nd) 記載内容は全て事実でなくてはいけません。
- (3rd) 提出者の主観や推測は交えてはいけません。

報告書提出日：令和 年 月 日

報告者氏名（記載者氏名）	利用者氏名（ 様）	所属部署 ■ デイサービス ■ 居宅介護支援事業所 ■ 地域包括支援センター
利用者のADL（身体状況・精神状況・日常生活の様子等） 介護度〔要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5〕 認知度〔I ほぼ自立 II a金銭管理不可 II b服薬管理不可 III a日中中心に要介護 III b夜間中心に要介護 IV 常に介護 M精神症状や問題行動・重篤身体疾患〕		

発生（発見）日時	令和 年 月 日 (AM・PM) 時 分
発生場所	<input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 休養室（和室） <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 厨房 <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> 利用者等宅 <input type="checkbox"/> 施設外()
分類	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落&ずり落ち <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 窒息・誤嚥・異食 <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> 離施設 <input type="checkbox"/> 車両移送 <input type="checkbox"/> 不適切な接遇 <input type="checkbox"/> 不適切な介護によるケガ <input type="checkbox"/> 私物（金銭等）の紛失破損 <input type="checkbox"/> その他()
第一発見者	<input type="checkbox"/> 職種： ・どんな状況でしたか？（心身の状況や環境状況等）
発見時の状況・内容 《発見直後のバイタル》	<input type="checkbox"/> 現場図
血圧 /	
脈拍 回	
体温 °C	
SP02 %	
★当てはまるもの全てにチェック★ □よく見えなかった □気がつかなかつた □記憶違いをしていた □忘れていた □知らなかつた □深く考えていなかつた □複雑な作業だった □整理整頓が悪かつた □大丈夫だと思った □慌てていた □疲れていた □バランスを崩した □無意識に体が動いた □やりにくかった	

発見直後の対応	<ul style="list-style-type: none"> 救命と安全確保のためにどう対応しましたか？ 					
看護対応と指示内容 (担当看護職員)	NSが対応した事：					
	CWに指示した事：					
	救急車発動要請 なし・あり (到着時間 :)					
連絡	報告日時：主任 月 日 AM・PM 時 分					
	報告日時：課長 月 日 AM・PM 時 分					
	報告日時：施設長 月 日 AM・PM 時 分					
家族への第一報 (連絡担当者)	報告日時：月 日 AM・PM 時 分 (家族氏名 様) (続柄)					
	報告日時：月 日 AM・PM 時 分 (家族氏名 様) (続柄)					
医師からの診断内容と 指示内容 (同席者)						
	(施設職員) (家族氏名 様・続柄)					
原因（背景）について	<ul style="list-style-type: none"> 事故がなぜ起きたのか、どのような事が原因で事故に至ったのか？ 					
★当てはまるもの全てにチェック★ <input type="checkbox"/> 利用者本人の要因 <input type="checkbox"/> 技術・知識不足 <input type="checkbox"/> 手順・連携・手続きミス <input type="checkbox"/> 環境面の要因	<ul style="list-style-type: none"> どうすれば未然に防げたのか？ 					
対応策の立案・見直し						
事故防止検討委員会	開催日時：月 日 AM・PM 時 分 ~ 時 分					
	出席者：施設長・施設部長・介護課長・在宅課長・介護係長・看護係長 管理者等・看護職員・生活相談員・第一発見者・その他 ()					

議事録

【ひな型】

施設長	施設部長	介護課長	看護係長	介護係長	介護主任	生相談員	記録

施設名：こもれびの里 「事業所名」

日付：令和3年9月1日（水）

時間：16:00～16:30

会議名：利用者名様 事故防止委員会

司会進行：酒井業務課長

出席者氏名：大栄施設長、渡部施設部長、小川介護課長、木全看護係長、介護主任

看護職員： 、介護職員：リーダー、生活相談員（ケアマネ）：

議題	議事内容
1. 事故の概要	別紙【事故報告書】参照 ←確定文章（訂正しない）。
2-1. 原因（背景について）	←会議で確認された原因を全て記録する。 ① ~だった。 ② ~だった。
2-2. 原因の検討と結論	←会議で確認された原因に対し、改善策に向けて検討した内容を記録する。 導きだされた結論を記録する。 検討1) ~について ● ~が必要であった。 ● ~すべきであった。
	検討2) ~について ●

議題	議事内
	結論) <ul style="list-style-type: none"> ● 今後 ~を工夫する。 ● 今後 ~させる。
3. 対応策の立案・見直し	←改善策として実際に変更した内容を記録する。
	<ul style="list-style-type: none"> ①~を行う。 <ul style="list-style-type: none"> ・これにより ~改善される。 ②~を変更する。 <ul style="list-style-type: none"> ・~を回避する。 ・~が可能になる。
4. 再評価期日	月 日 () (介護課長)による評価を実施する。 ←確定文章(訂正しない)。
5. ケア会議等での周知	月 日 ()より、1日3回実施される申し送りで、全職員に口頭周知を実施します。また、以後実施されるユニット会議でも周知します。 ←確定文章(訂正しない)。
	<ul style="list-style-type: none"> ● 会議終了後1~5を記録する。 ● 行政報告の際に添付する。

様式4

報告様式 2-1 (2020.4.1改正)

事故等発生状況報告書

平成 年 月 日

○○(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"/> 虐待	<input type="checkbox"/> 無断外出
<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"/> 誤飲・誤食・誤嚥、誤薬	
その他	
<input type="checkbox"/> 不適切な会計処理	
<input type="checkbox"/> 不法行為等	
その他	
<input type="checkbox"/> 火災	
<input type="checkbox"/> 事件報道が行われた場合等	
<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)

6 被害者等の状況

(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)

※身体の状況（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

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)

※身体の状況（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（対処の方法、受診医療機関、治療内容、損害賠償等）

(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 □あり □なし

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。

事故報告書等の保管について（確認）

2019/6/24

年間の「事故報告」の集計と保管は、安全対策担当が行っています。
業務が保管と集計に必要な書類について 改めてお知らせいたしますので、
今後は下記のとおりお願ひいたします。

	安全保管	現場保管	行政提出	
①事故報告書（A3）	原本	コピー	コピー	
②稟議書	原本	コピー	×	
③事故発生状況報告書	コピー	コピー	原本	
④議事録	原本	コピー	コピー	
⑤その他（個人記録等）	×	原本	コピー	（必要に応じ）

①

②

稟 譲 書

起 票	令和元年 5月 16日	受付番号	第 60 号
決 裁	令和元年 月 日	決裁番号	第 第 号
理事長	施設長	会議課長	会議課主任
			受付

【合 論】

起案者 所属・事業者名 氏名

文書種別 違・回・併賃・郵件

件 名 事故報告書の提出について

早成31年5月16日に発生した 入居者 [REDACTED]さんの紹介事故について、行政機関への報告書の提出をいたしたい。

記

1. 北見市
■事故等発生状況報告書 1部
■法人内事故報告書 1部
■事故対策委員会議事録 1部

2. 市中一ヶ所総合振興局
■介護保険事業者事故報告書 1部
■法人内事故報告書 1部
■事故対策委員会議事録 1部

以上

③

報告様式 1-1 事故等発生状況報告書

令和 元年 5月 16日

北海道オホーツク総合振興局長様

法人所在地 北見市北光280番地(755)
法人名称 社会福祉法人きたの愛
代表者氏名 理事長 大庭 滉

1. 事故等が発生した施設・事業所
(1) 施設 別 増築改修型介護老人福祉施設
(2) 名 称 特別養護老人ホーム こもれびの里みわ
(3) 所在地 北見市東三輪 3丁目22番地20

2. 事故等の分類
該当するに○をチェックを入れること

利用者施設等に関するもの	施設の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"/> 痛撲	<input type="checkbox"/> 不適切外出
<input type="checkbox"/> 事故	<input type="checkbox"/> その他の
<input checked="" type="checkbox"/> 骨折 (手足・腰痛等)	<input type="checkbox"/> 大火
<input type="checkbox"/> 既往・誤飲・誤食、倒産	<input type="checkbox"/> 事件被説明された場合は
	<input type="checkbox"/> その他の必要と認められる場合

3. 事故等の概要
【平成31年4月17日（水）】
8時20分、朝の糞便を大人で頑固に便秘し容姿を直そうとする上、左脚のつりが懶れてアザになってしまったことを発見した。看護職員より看護師に上申後、付野医師の小林病院整形へ受診との指示をもらった。
小林病院整形科受診後、腋下へ胸郭打撲との診断。胸郭外もX線、CT検査を行なった結果、骨盤に古病骨折の痕があるが問題なしとの事だった。搬送後方し再診指示はなかった。

4. 事故等の発生日時・場所
(1) 日時：平成31年 4月 17日 (午前・午後) 08時 20分 (00)
(2) 場所：特別養護老人ホーム こもれびの里みわ あじさいユニット10号室

5. 施設等が事故等を感知した日付及び対応への対応等
(1) 事故認知日時 平成31年 4月 17日 (午前・午後) 10時 15分 (00)
(2) 認知した経緯 病院受診し、腋下一部打撲との診断。搬送後方し再診指示なし。
(3) 対応への連絡 平成31年 4月 17日 (午前・午後) 09時 50分 (00)
(4) (統一) (統一)

6. 事故等が実施機関のうち誰が実施機関の報告の実施したこと
(1) 管理部署を担当する者 年 月 日 (午前・午後) 時 分 (00)
(2) 所管課課長を担当する者 年 月 日 (午前・午後) 時 分 (00)
(3) 係課長等を担当する者 年 月 日 (午前・午後) 時 分 (00)