

泉佐野市有料老人ホームにおける事故発生時の報告等について

1 報告が必要な対象の事業者

老人福祉法第 29 条に規定する有料老人ホーム（有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅を含む。以下、施設という。）を運営する事業者（以下、事業者という。）

2 報告すべき事故の対象

報告すべき事故は、事業者が行うサービス提供中の入居者の事故及びサービス提供に関連する入居者の事故とする。

3 報告すべき事故の種類

- (1) 死亡事故（疾患の終末期の死亡及び老衰等の自然死を除く。）
- (2) 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
- (3) その他サービス提供に関連して発生したと認められる事故で報告が必要と判断されるもの。
 - ① 震災、風水害及び火災等の災害により、サービスの提供に影響するもの。
 - ② 食中毒及び感染症が発生し保健所へ届出たもの。
 - ③ 職員（従業者）の法令違反・不祥事等のうち、入居者の処遇に影響があるもの。
 - ④ その他報告が必要と判断されるもの。

4 3（3）②の食中毒及び感染症が発生した場合の報告について

事業者は、感染症及び食中毒が発生又はそれらが疑われる状況が生じ、次のア～ウの場合は、速やかに広域福祉課へ報告し、同様に終息後も報告する。

- ア 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が 1 週間内に 2 名以上発生した場合。
- イ 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が 10 名以上又は全利用者の半数以上発生した場合。
- ウ ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合。

5 報告すべき事故の範囲

- (1) 事業者側の過失の有無は問わない。（入居者の自己過失による負傷等であっても、上記 3 に該当する場合は報告する。）
- (2) 事故の程度については、入院及び医療機関で受診を要したもの（施設内の医療処置を含む。）とするが、それ以外においても家族等との間でトラ

ブルが生じているか、あるいは生じる可能性があるとは判断されるものについては報告する。

(3) 利用者等が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性のある場合（家族等と紛争が生じる可能性のある場合）は報告する。

(4) その他報告が必要と判断される場合。

6 報告事項及び様式等

報告事項及び様式は別紙様式のとおりとする。

やむを得ない場合を除き、原則別紙様式で報告するものとする。

7 報告先

事業者は、事故発生に対し、本取り扱いに従い、広域福祉課に報告する。

なお、事故の緊急性、重大性等から、必要に応じ、当該入居者の保険者である市町村へも報告するものとする。

8 報告の時期・手順

(1) 事業者は、事故等の発生後、速やかに広域福祉課へ報告を行う。

なお、緊急性・重大性の高い事故については、直ちに広域福祉課へ電話等により報告を行い、その後文書により報告を行う。

(2) 事業者は、事故の解決が長期に及ぶ場合は、必要に応じ適宜経過報告を行い、解決した時点で文書により結果等の報告を行う。

9 その他事業者の対応

事業者は、事故発生時に適切な対応を行うための事故対応マニュアルを整備し、職員（従業員）に周知徹底する。

事業者は、発生した事故について原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じるとともに、確認等を求められた場合は、再度報告を行う等、広域福祉課の指示に従う。

事故報告書 (事業者→広域福祉課)

(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

第1報
 第__報
 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					
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"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <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 ()											
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> (自由記載) <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 食中毒											
	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 ()											

