

9 事故報告について

介護サービスの提供により事故等が発生した場合の宇治市への報告に関する要項

(趣旨)

第1条 この要項は、介護保険指定事業者（以下「事業者」という。）が行う介護保険適用サービスの提供により事故等が発生した場合の保険者への報告に関して定めることを目的とする。

(報告対象)

第2条 報告を行う対象の事故等は、次の各号に掲げる場合に発生したときとする。

- (1) サービス提供中
- (2) 利用者が介護保険施設及び介護保険事業所内に所在中
- (3) 送迎中
- (4) 通院付き添い中

(報告範囲)

第3条 事業者は、過失の有無を問わず、次の各号に定める事故等が発生したときは、宇治市（以下「本市」という。）へ報告する。

- (1) サービス提供により発生した利用者の怪我等及び死亡事故が発生したとき

ア 利用者の怪我等

(ア) 医療機関での治療を要する怪我の場合

イ 利用者の死亡

(ア) 介護サービスの提供により利用者が死亡した場合

(イ) 利用者の死因に疑義がある場合

- (2) 食中毒若しくは感染症の発生又はそれが疑われる事例が発生したとき

次のアからエに定めるいずれかに該当する場合は、報告すること。なお、関連する法に定める届出義務がある場合は、これに従うほか、保健所等と連携をとること。

ア 1類から4類の感染症が発生した。

イ ア以外の感染症若しくは食中毒又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤な患者が1週間に2名以上発生した。

ウ ア以外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。

エ イ及びウに掲げる場合のほか、特に管理者等が報告を必要と認めた場合

(例：通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われるなど)

- (3) 職員（従事者）の法令違反・不祥事等が発生したとき

利用者の処遇に影響を及ぼすもの

(例：預り金の横領、個人情報の流出、送迎時の交通違反に伴う事故、事故等の虚偽報告など)

(4) その他報告が必要と認められる事故が発生したとき

(例：利用者又は利用者家族等から苦情が出ている場合、利用者間の喧嘩、無断外出、送迎時に追突されたなど)

(報告先)

第4条 利用者が本市の被保険者である場合は、宇治市介護保険課給付係に報告すること。

2 利用者が本市以外の被保険者である場合は、当該保険者に対し、当該保険者が定めるところにより報告すること。

3 第1項及び第2項に定めるもののほか、利用者の家族及び居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者など必要な関係先に速やかに連絡すること。

(報告方法)

第5条 事業者は、事故等が発生したときは、次の各号に定める方法により速やかに本市へ報告する。

(1) 事故等が発生したときは速やかに、遅くとも5日以内を目安に、本市へ文書により報告する。

(2) 事故等への対応が長期化する場合は、適宜、途中経過を報告するとともに、事故等への対応が完了した時点で、最終報告を行う。

(3) 緊急性の高いものについては、本市に対し電話又はFAX等により報告(第1報)するとともに、その後文書により報告する。FAXで報告する際には、個人情報漏れることのないよう適切に対応する。

(4) 食中毒又は感染症が発生したときには、発生時及び終息時に報告を行い、必要に応じて途中経過を報告する。

(5) 利用者が本市以外の被保険者である場合は、当該保険者に対し、当該保険者が定めるところにより報告を行う。

(報告事項)

第6条 事業者は、事故等が発生したときに本市へ報告すべき事項は、次のとおりとする。

(1) 事故状況

ア. 事故状況の程度

イ. 死亡に至った場合の死亡年月日

(2) 事業所の概要

ア. 法人名

イ. 事業所(施設)名

ウ. 事業所番号

エ. サービス種別

オ. 事業所の所在地

(3) 対象者

ア. 氏名、年齢、被保険者番号

イ. サービス提供開始日

ウ. 保険者

エ. 住所

オ. 身体状況 要介護度、認知症高齢者日常生活自立度

(4) 事故の概要

ア. 発生日時

イ. 発生場所

ウ. 事故の種別

エ. 発生時状況、事故内容の詳細

オ. その他 特記すべき事項

(5) 事故発生時の対応

ア. 発生時の対応

イ. 受診方法

ウ. 受診先

エ. 診断名

オ. 診断内容

カ. 検査、処置等の概要

(6) 事故発生後の状況

ア. 利用者の状況

イ. 家族等への報告

ウ. 連絡した関係機関

エ. 本人、家族、関係先等への追加対応予定

(7) 事故の原因分析

(8) 再発防止策

(9) その他

(報告様式)

第7条 事業者は、次の各号に定める様式を用いて報告を行う。ただし、既に事業所において前項に定める必要項目が網羅された様式を作成している場合は、当該様式を用いても差し支えないものとする。

(1) 第3条第1項第1号、第3号及び第4号の事故が発生した場合

ア 「事故報告書」(様式1)

(2) 第3条第1項第2号の場合

ア 「感染症等報告書(発生時)」(様式2)

イ 「感染症等報告書(終息時)」(様式3)

ウ 「感染症発症状況表」(様式4)

(3) 本市は、事業者から提出される書類以外に必要な応じて事故等に関する資料の提出を求めることができる。

(本市の対応)

第8条 本市は、事業者より報告を受けた後、事故等に係る状況を把握するとともに、必要に応じ事業者に対して助言を行う。

事業者について指定基準違反の疑いがある場合は、京都府へ連絡し連携を図る。

また、必要に応じて、他市町村及び京都府国民健康保険団体連合会と連携を図るものとする。

(再発防止)

第9条 事業者は、本市への報告内容や助言等に基づき、事故等の再発防止に努める。

附 則

この規定は、平成23年9月1日から施行する。

附 則

この規定は、平成27年8月1日から施行する。

附 則

この規定は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この規定は、平成30年12月3日から施行する。

附 則

この規定は、令和3年10月1日から施行する。

令和6年5月7日以降の新型コロナウイルス感染症の発生にかかる報告範囲について

「介護サービスの提供により事故等が発生した場合の宇治市への報告に関する要項」第3条（2）

ア 1類から4類の感染症が発生した。

ウ ア以外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。

※令和5年5月8日より、ウに記載の「10名以上」とあるところ、通所および施設サービス事業所につきましては、「5名以上」と読み替えて運用させていただいておりました。

5類感染症へ位置づけが変更され、丸1年が経過したことをもちまして、令和6年5月7日より運用を通常どおりに戻しておりますので、ご周知のほどよろしくお願いいたします。

事故報告書（事業者→宇治市）

様式 1

※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	☐ 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 ☐ 入院 ☐ 死亡 ☐ 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・被保険者番号	氏名				年齢				被保険者番号			
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者				
	住所	☐ 事業所所在地と同じ ☐ その他 ()											
	身体状況	要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 自立										
		認知症高齢者 日常生活自立度	☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ 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	☐ 居室(個室) ☐ 居室(多床室) ☐ トイレ ☐ 廊下 ☐ 食堂等共用部 ☐ 浴室・脱衣室 ☐ 機能訓練室 ☐ 施設敷地内の建物外 ☐ 敷地外 ☐ その他 ()											
		事故の種別	☐ 転倒 ☐ 異食 ☐ 不明 ☐ 転落 ☐ 誤薬・与薬もれ等 ☐ その他 () ☐ 誤嚥・窒息 ☐ 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		☐ 施設内の医師(配置医含む)が対応 ☐ 受診(外来・往診) ☐ 救急搬送 ☐ 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		☐ 切傷・擦過傷 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ 骨折(部位:) ☐ その他 ()											
		検査、処置等の概要											

感染症等報告書（発生時）

様式 2

報告年月日 年 月 日

事業所名		電話	— —
		FAX	— —
事業所の 所在地		担当者氏名	
		担当者職名	
サービス種類			

発生時報告																																
最初に患者が発生した日		年 月 日																														
受診状況	受診人数	人	受診医療機関名																													
	検査結果	☐ 結核 ☐ 腸管出血性大腸菌感染症(O-157) ☐ レジオネラ症 ☐ 肺炎 ☐ インフルエンザ ☐ 感染性胃腸炎(ノロウイルス等) ☐ MRSA ☐ 緑膿菌感染症 ☐ 疥癬 ☐ 食中毒 ☐ その他 ()																														
報告理由	☐ ア. 1 類から 4 類の感染症が発生した。 ☐ イ. ア以外の感染症若しくは食中毒又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤な患者が 1 週間に 2 名以上発生した。 ☐ ウ. ア以外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。 ☐ エ. イ及びウに掲げる場合のほか、特に管理者等が報告を必要と認めた場合（例：通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われるなど）																															
発症者数等 (報告時点)	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">サービス種類</th> <th rowspan="2">利用者数</th> <th>利用者数のうち</th> <th colspan="2">発症者数のうち</th> </tr> <tr> <th>発症者数</th> <th>重篤者数</th> <th>入院者数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>合 計</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				サービス種類	利用者数	利用者数のうち	発症者数のうち		発症者数	重篤者数	入院者数																合 計				
	サービス種類	利用者数	利用者数のうち	発症者数のうち																												
			発症者数	重篤者数	入院者数																											
	合 計																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">従業者</th> <th rowspan="2">勤務者数</th> <th>勤務者数のうち</th> <th colspan="2">発症者数のうち</th> </tr> <tr> <th>発症者数</th> <th>重篤者数</th> <th>入院者数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>職員</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>調理従事者</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>合 計</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				従業者	勤務者数	勤務者数のうち	発症者数のうち		発症者数	重篤者数	入院者数	職員					調理従事者					合 計									
	従業者	勤務者数	勤務者数のうち	発症者数のうち																												
			発症者数	重篤者数	入院者数																											
職員																																
調理従事者																																
合 計																																
主な症状	☐ 嘔吐 ☐ 嘔気 ☐ 下痢 ☐ 腹痛 ☐ 発熱 ☐ 発疹・皮膚の異常 ☐ 咳・咽頭痛・鼻水 ☐ その他 ()																															
喫食状況	☐ 給食あり ⇒ ☐ 施設内調理 ☐ 施設外・関連施設																															
保健所への報告		☐ 報告済 ☐ 未報告																														

感染症の発生と経過状況（報告時点まで）			
日付	発生時の状況・ その後の経過	対処の方法	
		対応者	どのように対処したか

感染症等報告書（終息時）

様式3

報告年月日 年 月 日

事業所名		電話	— —		
		FAX	— —		
事業所の 所在地		担当者氏名			
		担当者職名			
サービス種類					

終息時報告					
新たな患者が最後に出現した日		年 月 日			
発症者数等 (実数)	サービス種類	利用者数	利用者数のうち 発症者数	発症者数のうち 重篤者数 入院者数	
	合 計				
	従業者	勤務者数	勤務者数のうち 発症者数	発症者数のうち 重篤者数 入院者数	
	職員				
	調理従事者				
	合 計				
	当該感染症等 による死亡者 の有無	☐ 有 ☐ 無 ⇒「有」の場合は、下記を記入する。			
	氏名	被保険者番号			
これまでの 問題点及び 今後の改善策	※平常時の衛生管理、利用者・職員の健康管理、感染症発生時の管理体制等を記入する。 ※保健所からの指導内容、改善事項についても記入する。 ※保健所へ提出する報告書の写しを添付する場合は、「別紙のとおり」としてもよい。				
保健所への報告		☐ 報告済 ☐ 未報告（ 月 日報告予定）			

感染症の発生と経過状況（終息時まで）			
日付	発生時の状況・ その後の経過	対処の方法	
		対応者	どのように対処したか

感染症発症状況表

様式4

<発症状況>

サービス種類	定員	利用者数	月／日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
			感染者数															／
			重篤者数															／
			入院者数															／
			感染者数															
			重篤者数															
			入院者数															
			感染者数															
			重篤者数															
			入院者数															
合 計(利用者)			感染者数															
			重篤者数															
			入院者数															

※「利用者数」、「勤務者数」は、発生時から終息時まで利用(勤務)した者の実数を記入してください。

※感染者数・重篤者数・入院者数は、発生時から終息時までの日々の状況(人数)を記入してください。

※利用日によって「利用者数」が変動するサービスについては、利用予定の日付に実数を記入してください。

感染症発症状況表

様式4

＜発症状況＞

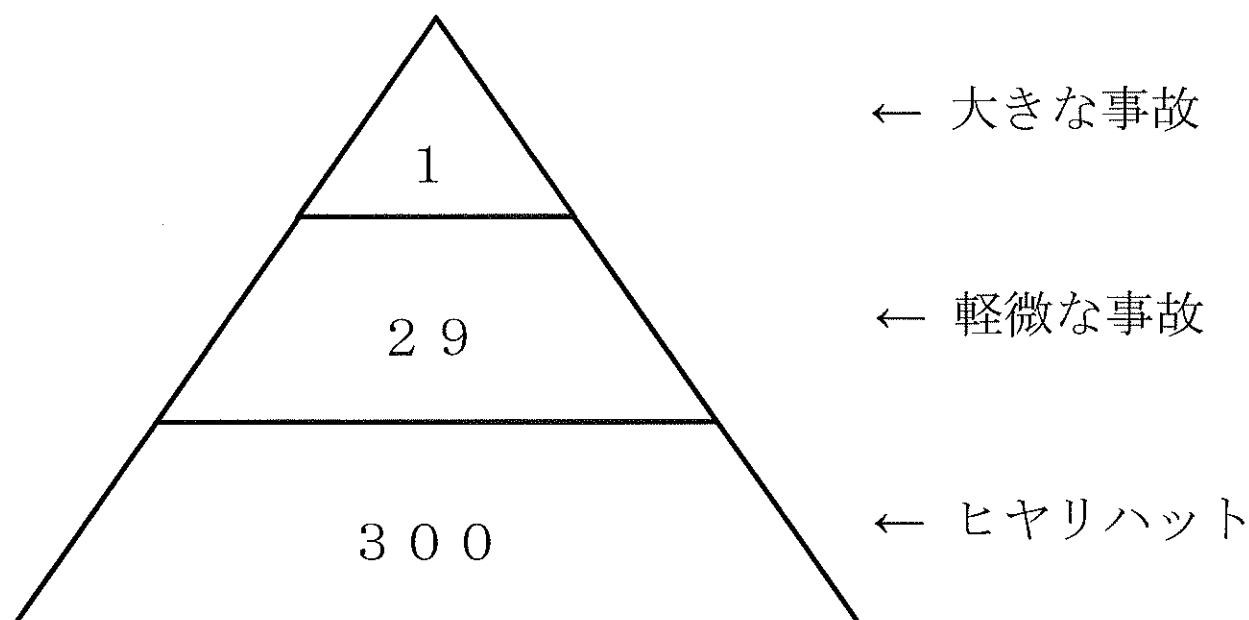
従業員	従業員数	勤務者数	月／日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
-----	------	------	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※「利用者数」、「勤務者数」は、発生時から終息時までにご利用(勤務)した者の実数を記入してください。

※感染者数・重篤者数・入院者数は、発生時から終息時までの日々の状況(人数)を記入してください。

ハインリッヒの法則

1件の大きな事故の裏には、29件の軽微な事故、そして300件のヒヤリハット(事故には至らなかったもののヒヤリとした、ハツとした事例)があるとされる。



ポイント

- 重大事故防止のためには、事故の発生が予測されたヒヤリハットの段階で対処していくことが必要です。
- 職員間での情報共有や定期的な研修等により、事業所内での体制強化をお願いします。
- 事故を未然に防ぐ取り組みとして、全事業所において、ヒヤリハット事例の抽出をして下さい。

次のステップアップ (1件でも事故を減らすために)

- ハインリッヒの法則に基づけば、1件の軽微な事故があれば10件程度のヒヤリハットがあるとされていますので、できる限りヒヤリハットの事例を抽出できるよう取り組みをお願いします。
- ヒヤリハット事例の抽出にあたっては、報告様式を簡易にすることや、職場全体で取り組みの意識を高めること等により、報告しやすい環境づくりをお願いします。
- 抽出された事例を基に、その傾向を分析し、改善策に取り組む等、事故防止の取り組み強化に努めて下さい。
- 運営推進会議において、ヒヤリハットについて報告し、意見等をもらい、事業所にフィードバックさせることも、事故防止の取り組みとして考えられます。

1. 事故報告書作成にあたっての留意点

※「介護サービスの提供により事故等が発生した場合の宇治市への報告に関する要項」を改めて確認し、適切に事故報告を行うこと。

(特に留意する点)

- ① 事故等が発生したときは、速やかに本市へ報告すること。
 - ・特に緊急性の高いもの（死亡事故や新型コロナウイルスやノロウイルス等感染症の10名以上の発症等）は速やかに第1報を本市に入れること。
 - ・発生から5日以内に本市へ事故報告書等を提出できない場合は、まず本市に対し電話により報告すること。
 - ・事故等への対応が長期化する場合は、適宜、途中経過を報告するとともに、事故等への対応が完了した時点で、最終報告を行うこと。
- ② 事故報告書は適切に記載し、本市に状況が明確にわかるようにすること。
 - ・記入漏れがないように作成すること。主治医についてもできる限り確認を行い記載すること。
 - ・事故発生時の状況や事故後の経過（家族とのやり取りの内容など）を時系列としてわかるようにするなどできるだけ詳細に記入すること。
- ③ 事故再発防止のため、事故原因の分析と今後の改善策の検討をしっかりと行い、その内容を報告書に記載すること。
 - ・事故原因の分析が報告書に記載のないケースがみられるため、事故原因の分析を適切に行ったうえで、記入漏れのないよう注意すること。
 - ・今後の改善策は、次のような内容を記載し報告すること。
事業所内や職員間で事故再発防止に向けて検討した内容
日々のミーティング等において今後の対応で注意すべき点として職員に周知・確認した内容

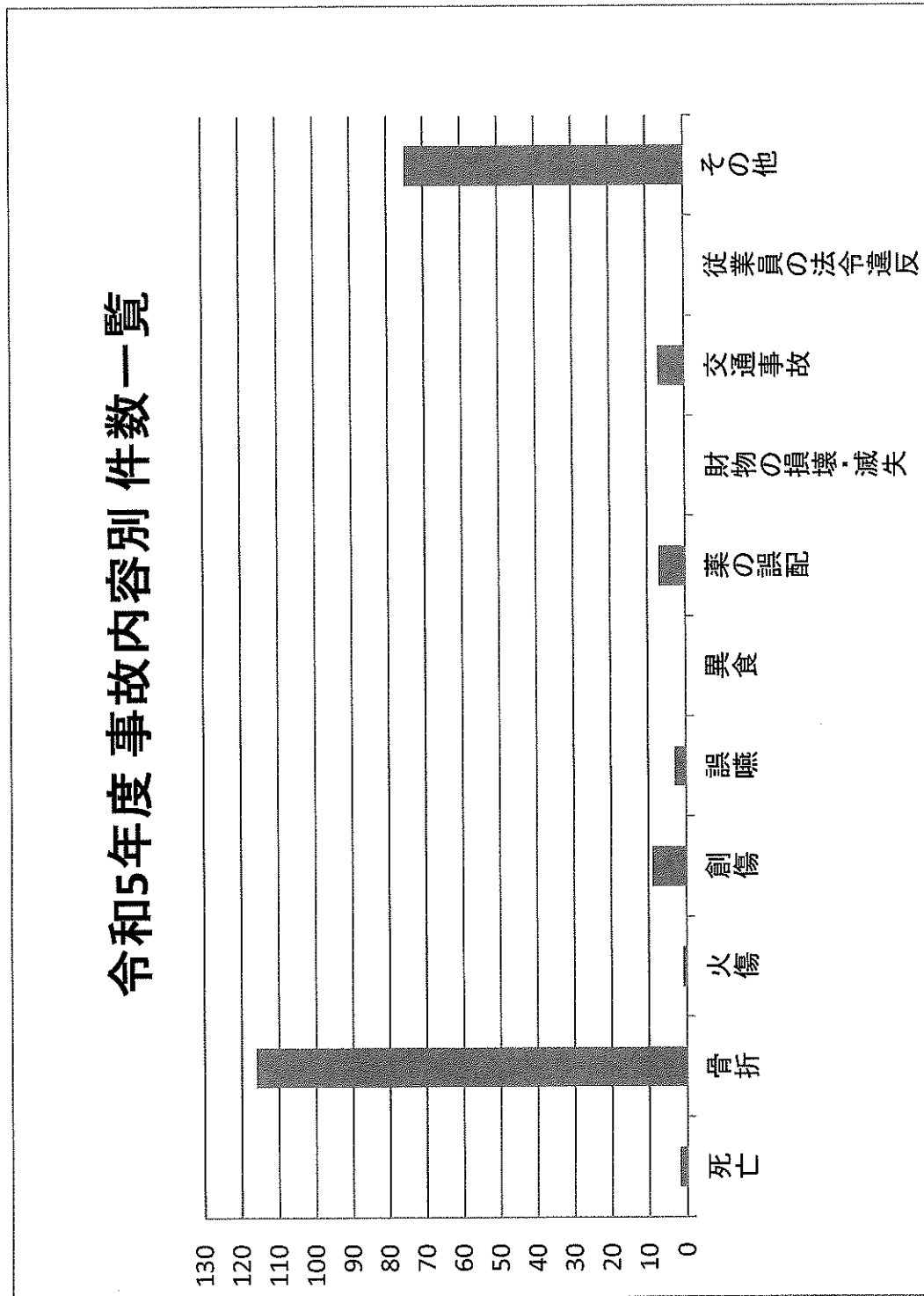
2. 個人情報の保護について

※利用者・家族の個人情報については、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成29年4月厚生労働省）等に基づき、適切に取り扱うこと。

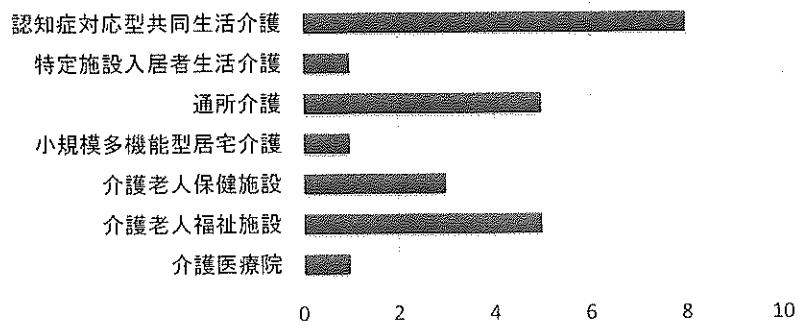
介護サービス提供開始の際、被保険者証や負担割合証、負担限度額認定証等の証書を居宅介護支援事業所が保管している証書の写しにより確認しているケースが多く見受けられますが、個人情報保護の観点から望ましくありませんので、必ず、本人提示による確認を行ってください。

令和5年度 事故内容別件数一覧

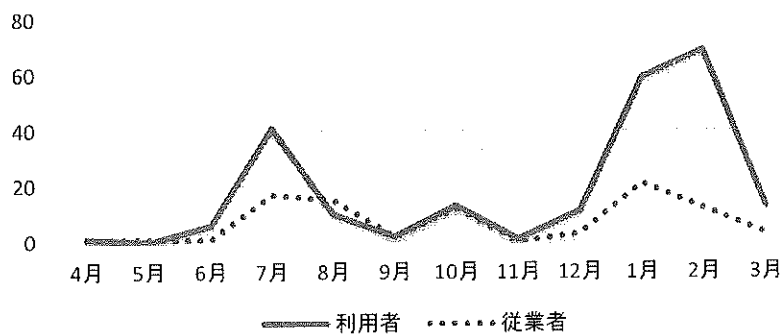
事故の内容	件数
死亡	2
骨折	116
火傷	1
創傷	9
誤嚥	3
異食	0
薬の誤配	7
財物の損壊・滅失	0
交通事故	7
従業員の法令違反	0
その他	75
計	220



令和5年度 感染症 サービス別 報告者数



令和5年度 感染症 月別 報告者数



感染症について…令和5年度においては、新型コロナウイルス感染症が大きな割合を占めていますが、結核・インフルエンザウイルス等も報告されていることを申し添えます。

事業所における事故再発防止の好事例

(1)転倒・転落

- ・利用者の使用する靴のサイズが合っているか、正しく履けているか確認する。
- ・フットライトやセンサー式のライトを設置し、適切な照度を確保する。

(2)異食・誤飲

- ・薬の「一包化」をしてもらう。
- ・食品と薬とそれ以外のものを分けて管理する。
- ・食品以外のものを食品用の容器に移し替えないようにする。
- ・利用者の手が届く所に不要なものや危険なものを置かないようにする。

(3)誤嚥

- ・食前に嚥下体操を行い、口の周囲や首の周りの筋肉を和らげる。
- ・食後に口腔ケアを行い、口の中の細菌が気道の中に入らないようにする。
- ・食べにくい食品はミキサーなどで細かくしゼラチンで固めたり、増粘剤(トロミなど)を利用して嚥下しやすくする。
- ・座位、仰臥位等の食事がしやすい体勢で食事を行う。

(4)誤薬

- ・お薬確認シートのようなものを作り、本人確認と薬の照合を行う。
- ・チェックシートに利用者の顔写真を載せ、配薬の際に本人確認と薬の照合を行う。
- ・「薬を取り出すとき」、「薬を手渡すとき」、「薬を飲む前」の3回のタイミングで、その薬が本人のものか、量や時間は適切であるかなどを複数の職員で確認する。
- ・薬専用のカレンダーを作り、複数の職員で情報が共有できるようにする。

(5)共通

- ・フェイスシート等を利用し、利用者の状態の把握を行う。
- ・職員に対し、事故防止に関する研修を行う。
- ・利用者及びその家族とのコミュニケーションをとる。

上記を参考にしながら、具体的には各事業所で取り組み状況を見直して、再発防止に取り組んでいただきますようお願いいたします。

介護サービスにおける苦情対応について

苦情の要因について

① 利用者・家族への説明不足

日頃のサービス提供が適切に行われていたとしても、サービス等に関する説明が不十分であるために苦情となる場合があります。特に、利用者本人に係る事故や状態悪化の経過等に関する説明が不足しているとご家族の不信を招き、苦情につながりやすい傾向があります。

② 利用者の要望の把握不足

利用者やその家族の意向や要望の把握が不足していたことが原因で、適切なサービスが行われていないとの苦情が発生するケースがあります。また、要望の把握が十分にされていても、職員間で必要な情報の共有ができていない等、関係者間での連携不足により、適切なサービスが行われず苦情が発生するケースもあります。

ポイント

- 口頭での説明だけでなく、書面による説明を併せて行う等、利用者等の理解と同意について確認する。
- 利用者やその家族の意向・要望すべてに対応することが難しいケースが多いため、できること・できないことについて丁寧な説明を行う。
- 提供したサービスの具体的な内容や利用者の状態を適切に把握するため、対応経過等の記録・保存を行う。
- 苦情内容や対応経過を記録・保存することで情報を共有し、苦情が発生した原因の分析や再発防止について検討を行う。
- 初期対応の遅れにより、解決が困難になる場合もあるため、事実関係の確認や原因の分析を迅速かつ適切に行う。
- 個人情報の管理を徹底し、利用者が安心してサービスを利用できるように努める。
- 苦情が発生してしまったことに対する反省は必要であるが、これをサービス改善の契機としてとらえ、積極的に活用し、サービスの質の向上につなげる。