

異常事態
事故発生時
対応マニュアル

(令和2年12月2日策定)

社会福祉法人

宮古島市社会福祉協議会

1. 異常事態と事故

利用者の急激な体調の変化等、利用者の身体に関する不測の事態に起因して生じる異常事態とサービス実施を原因とする事故について、その状況を正しく見極め、適切に対応することが重要である。身体の損傷や、過失の有無およびその程度により対応方法が異なる。

(1) 異常事態とは

適切な対応をすみやかに行わなければ後に障害を残したり、最悪の場合生命を脅かす事態。

(2) 事故とは

サービス実施を原因とした過失により生じた事態。

例) 介助中の転倒、所有物の損壊や紛失

従業者事故

交通事故

2. 異常事態・事故発生時の心構えと対応

(1) 異常事態発見者の心構え

①あわてない

担当者は落ち着いて事故の状況や利用者の急病の状態を観察する。

②安心感を与える

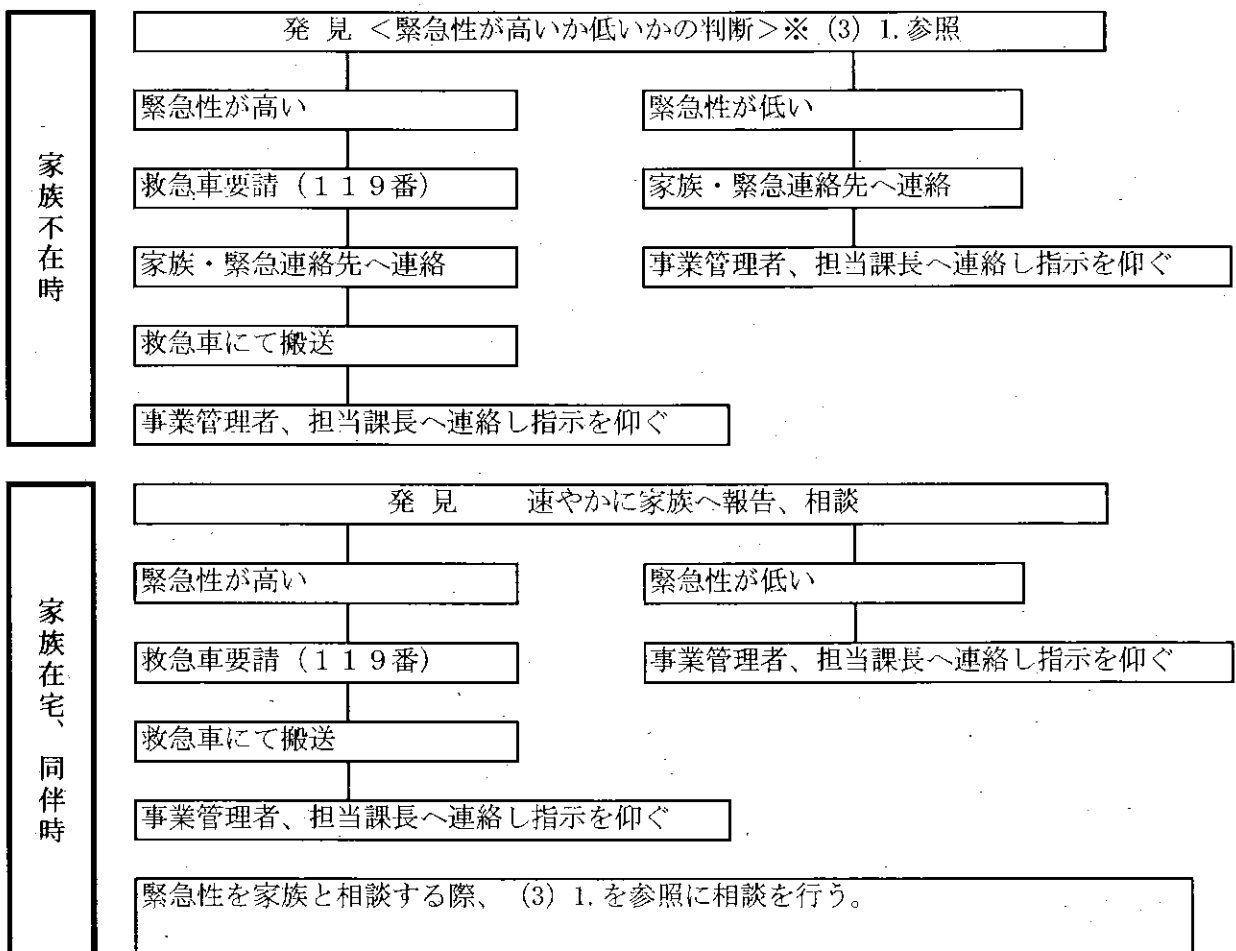
事故や急病は本人も驚き不安があるため、安心させるとともに力づけることが大切。

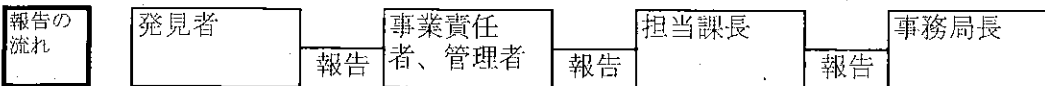
③協力体制を整える

他の社協職員や家族がいれば、すぐ協力を得る。異常時において速やかに対応することは、利用者の生命・予後および治療方針に重要な影響を及ぼす。

適切な対応及び責任の明確化のためには利用者や家族の了解および、看護師の判断・医師の指示が必要である。

(2) 異常事態発生時の対応経路





事業責任者、 管理者、 職の 管理者 および 対応	事業者、管理者は発見者より報告を受けたら、速やかに状況を把握し担当課長へ報告。
	担当課長は、発見者、事業者、管理者等から状況を聞き取り発見者へ報告書（別添1）を記入させ、記入漏れ等をチェックし事務局長へ報告。 当事者、家族及び緊急連絡先との連絡を密にし事後の対応に不備のないよう対処する。
	事務局長は担当課長の報告を受け直近の役員会にて、会長、副会長へ報告 但し、軽微なものを除く（担当課長へ確認のこと） 死亡事故等の重大な事故の場合は報告をまとめ速やかに会長、副会長へ報告 担当課長と連携し、当事者、家族及び緊急連絡先との連絡を密にし事後の対応に不備のないよう対処する。

発見者、事業者、管理者、担当課長で協議を行い、異常事態発生後1か月以内に異常事態、事故経過報告書（別添5）により報告する。
異常事態発生報告書、異常事態、事故報告書については個人情報に伏せたいうで、各部署へ配布し同様な事故が発生した際、適切な対応ができるよう注意喚起を行うこと。

(3) 異常事態発生時の行動

1. 観察の順序と要点

利用者の様子が平常と違っていたり、倒れているようなことがあったら、以下の項目に注意し観察しながら対応していく。

- ①ひどく出血している
- ②呼吸していない
- ③脈拍がない
- ④意識がない
- ⑤顔色がひどい

①～⑤の項目について早急に観察し、緊急性が高いか低いか判断する。
意識があれば全身を見ながら、事故や急病の発生状況を利用者より以下の項目について聞く。

- ⑥手足が動かない
- ⑦痛みがある
- ⑧出血がある
- ⑨外傷・打撲がある

2. 連絡方法

緊急性が高い場合はすぐ消防署に通報（119番）し、救急車の派遣依頼を相手方に状態や場所などが良く伝わるように、落ち着いて簡単に、要領よくまとめて連絡する。

3. 連絡内容

①通報時

- ・火事か救急車か問われるので明確に伝える
- ・利用者の住所と電話番号を伝える
- ・利用者の状態、症状を簡潔正確に説明する
- ・要請している者の氏名と職業を話す（自分がヘルパーである旨を伝える）
- ・協力者を呼ぶ

要 点	救急車の出動要請、住所及び電話番号の伝達、利用者の状況を簡潔に伝達、自分の氏名及び職業の伝達
--------	--

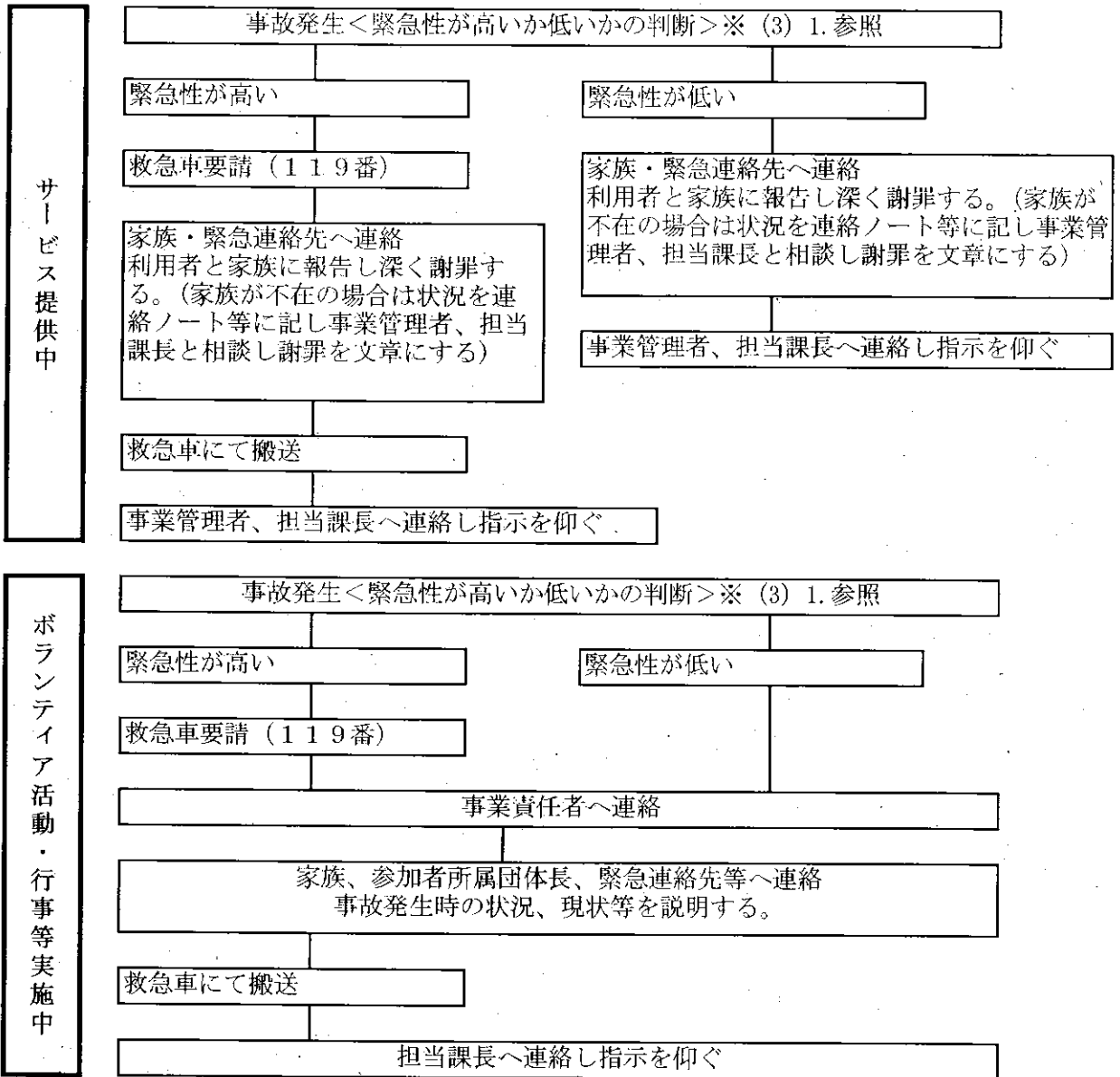
②救急隊員が到着した場合

- ・利用者の現在の状況と症状
- ・異常事態の原因とその状況
- ・いつそれが起こったか

要 点	利用者の症状の伝達、異常事態原因と状況の説明、発生時間の伝達
--------	--------------------------------

- *救急車を待っている間も、声掛け等を行い利用者が意識を保つようにしましょう。
- *呼吸がない場合などは可能であれば心肺蘇生等を行いましょう。

(4) 事故発生時の対応 (サービス実施中に生じた事態。)



事業管理者及び担当者、担当課長は事実の調査・確認！
 事業管理者・担当者は当日中に先方に訪問し謝罪する。
 (電話で済まないこと)

担当課長は当事者(サービス提供者等)、事業管理者へ聞き取りを行い、報告書(別添2)を作成させ事務局長に報告を行う。
 但し、軽微なものは除く(担当課長に確認のこと)
 報告書の作成は極力当日中に行い、事務局長への報告も当日中に行うように対応する、
 但し17:15以降に事故発生の場合又は担当課長への連絡が17:15以降の場合は翌日でもよいものとする。

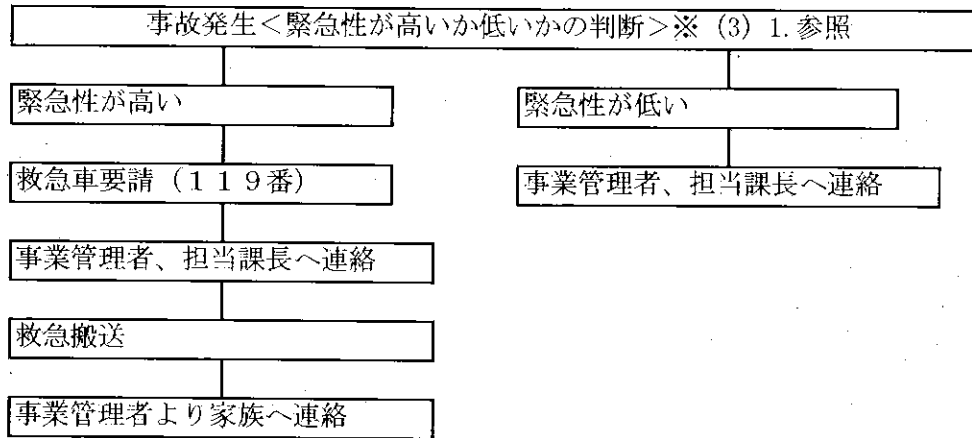
事務局長は、担当課長の報告を受け、直近の役員会で会長、副会長へ報告する。但し、大小にかかわらず損害賠償が発生する事故については担当課長よりの報告を受け速やかに（当日又は翌日）会長へ報告するものとする。

事業管理者は当日中に先方に訪問し謝罪する。（夜報告を受けた場合は、翌日の朝一番で訪問）※電話では済まらず絶対に訪問すること。大小にかかわらず損害賠償が発生する事故の場合は、事務局長及び担当課長は事故発生後1週間以内に先方へ訪問し謝罪する。

発見者、事業責任者、管理者、担当課長で協議を行い、異常事態発生後1か月以内に異常事態、事故経過報告書（別添5）により報告する。事故報告書、異常事態、事故報告書については個人情報伏せをうえて、各部署へ配布し同様な事故が発生しないよう注意喚起を行うこと。

(5) 事故発生時の対応（従業者事故）

1. 従業者事故発生時の対応とは
従業者事故発生とは、常勤・非常勤問わず就業中に故意または過失無く生じた事態。
2. 事故発生時の経路と対応処理



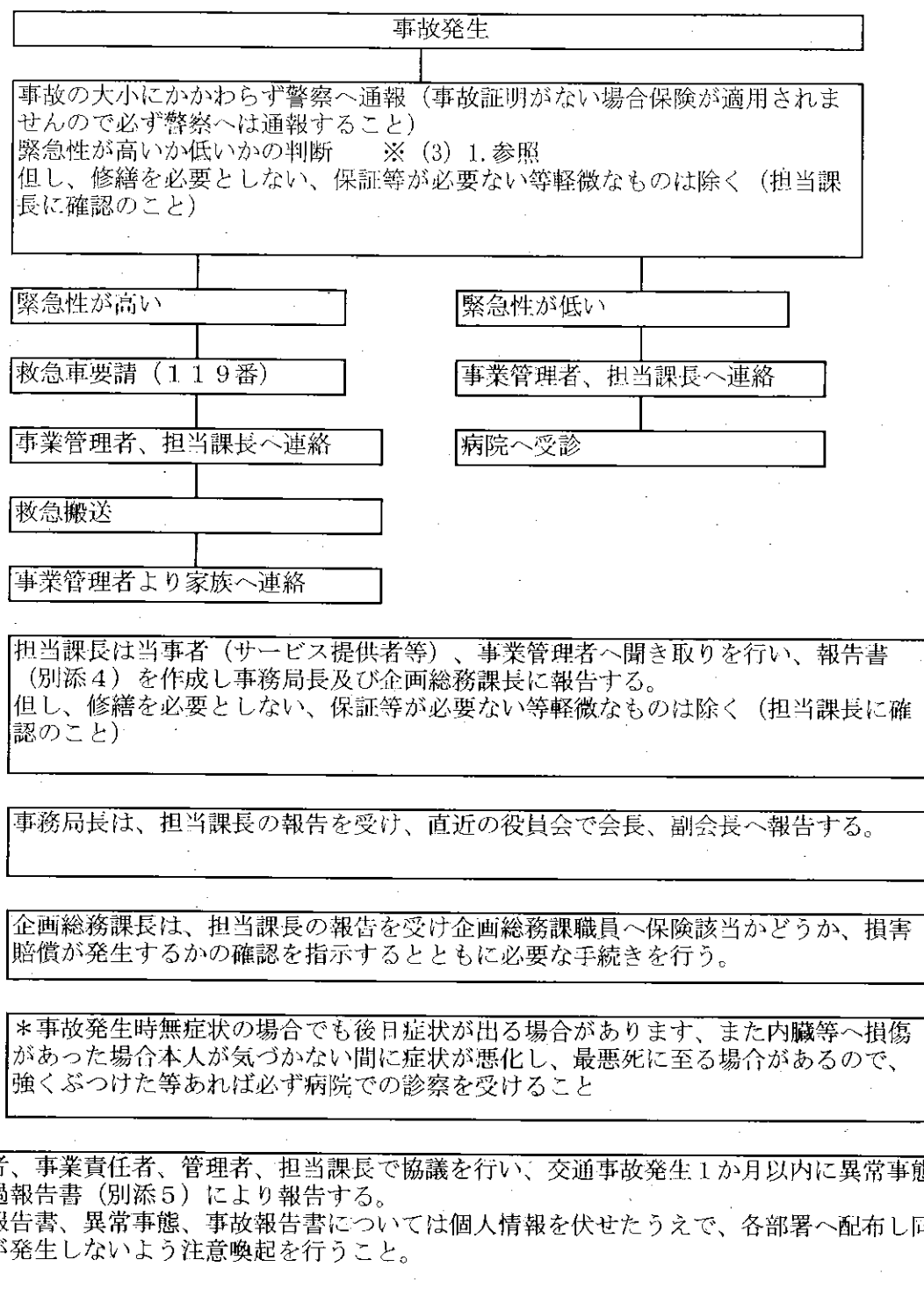
担当課長は当事者、事業管理者等へ聞き取りを行い、報告書（別添3）を作成させ事務局長及び企画総務課長に報告する。但し、軽微なものを除く（担当課長へ確認のこと）

事務局長は、担当課長の報告を受け、直近の役員会で会長、副会長へ報告する。

企画総務課長は、担当課長の報告を受け企画総務課職員へ保険該当かどうかの確認を指示するとともに必要な手続きを行う。

発見者、事業責任者、管理者、担当課長で協議を行い、事故発生後1か月以内に異常事態、事故経過報告書（別添5）により報告する。事故報告書、異常事態、事故報告書については個人情報伏せをうえて、各部署へ配布し同様な事故が発生しないよう注意喚起を行うこと。

(6) 事故発生時の対応 (交通事故)



*このマニュアルを改廃する際は会長の承認を得なければならない。

供 覧	会長	副会長	事務局長	課長	係長、事業責任者	係等

宮古島市社会福祉協議会 異常事態発生報告書

別添1

令和 年 月 日

異常事態発生部署等	所属課名	部署名				
	事業所番号					
	所在地				電話番号	
					FAX番号	
	記載者職氏名					印
サービス種類 (事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 法人運営事業 <input type="checkbox"/> 生活福祉資金貸付事業 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業 <input type="checkbox"/> 共同募金配分事業 <input type="checkbox"/> 地域福祉活動事業 <input type="checkbox"/> 社会・老人福祉センター運営事業 <input type="checkbox"/> 長寿大学開催事業 <input type="checkbox"/> 介護予防普及啓発事業 <input type="checkbox"/> 地域における生活困窮者支援等のための共助の基盤づくり事業 <input type="checkbox"/> 宮古島市地域子育て支援事業 <input type="checkbox"/> 地域福祉計画推進事業 <input type="checkbox"/> 法人後見受任事業 <input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 包括支援センター事業 <input type="checkbox"/> 宮古島市生活支援コーディネーター設置事業 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業 <input type="checkbox"/> 訪問介護事業 <input type="checkbox"/> 通所介護事業 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業 <input type="checkbox"/> 障がい者総合支援事業 <input type="checkbox"/> 一般旅客自動車運送事業 <input type="checkbox"/> くらしのサポート事業 <input type="checkbox"/> その他の事業 ()					
2 対象者	氏名・年齢・性別・要介護度・日常生活自立度等	氏名	年齢	性別	要介護度等	
	障害の有無	障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度		
	被保険者番号	サービス提供日		年	月	日
	住所	沖縄県宮古島市				
3 異常事態の概要	発見・発生日時					
	発見・発生場所					
	異常事態の種別 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ひどく出血している <input type="checkbox"/> 呼吸をしていない <input type="checkbox"/> 脈拍がない <input type="checkbox"/> 意識がない <input type="checkbox"/> 顔色がひどい <input type="checkbox"/> 手足が動かない <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> 外傷・打撲がある <input type="checkbox"/> その他 ()				
	骨折等の場所					
異常事態の内容	(～のための訪問時発見、訪問中、面接中、イベント中等具体的に記入してください)					
4 異常事態発生時の対応	対処の仕方	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)				
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等)				
	治療の概要					
	連絡済みの関係機関	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> ケースワーカー <input type="checkbox"/> その他 ()				
5 異常事態発生後の対応	利用者の状況	(病状、入院時の有無、その他の利用者の状況)				
	家族への報告、説明の内容	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)				
	経過	<input type="checkbox"/> 解決又は終結している <input type="checkbox"/> 継続している。 ()				
	損害賠償等の状況					

注) 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

企圖男
地獄女
事業課
有
身無
知的障害
精神障害

供 費	会長	副会長	事務局長	課長	係長、事業責任者	係等

宮古島市社会福祉協議会 事故報告書

別添 2

令和 年 月 日

事 故 発 生 部 署 等	所属課名	部署名				
	事業所番号					
	所在地				電話番号	
					FAX番号	
	記載者職氏名					印
	記載者職氏名					印
サービス種類 (事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 法人運営事業 <input type="checkbox"/> 生活福祉資金貸付事業 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業 <input type="checkbox"/> 共同募金配分事業 <input type="checkbox"/> 地域福祉活動事業 <input type="checkbox"/> 社会・老人福祉センター運営事業 <input type="checkbox"/> 長寿大学開催事業 <input type="checkbox"/> 介護予防普及啓発事業 <input type="checkbox"/> 地域における生活困窮者支援等のための共助の基盤づくり事業 <input type="checkbox"/> 宮古島市地域子育て支援事業 <input type="checkbox"/> 地域福祉計画推進事業 <input type="checkbox"/> 法人後見受任事業 <input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 包括支援センター事業 <input type="checkbox"/> 宮古島市生活支援コーディネーター設置事業 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業 <input type="checkbox"/> 訪問介護事業 <input type="checkbox"/> 通所介護事業 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業 <input type="checkbox"/> 障がい者総合支援事業 <input type="checkbox"/> 一般旅客自動車運送事業 <input type="checkbox"/> くらしのサポート事業 <input type="checkbox"/> その他の事業 ()					
2 対 象 者	氏名・年齢・性別・要介護度・日常生活自立度等	氏名	年齢	性別	要介護度等	
	障害の有無	障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度		
	被保険者番号	サービス提供日		年 月 日		
	住所	沖縄県宮古島市				
3 事 故 の 概 要	発生日時					
	発生場所					
	行事名等					
	事故の種類別 (複数の場合は、もっとも症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 異食・誤えん <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他の外傷 () <input type="checkbox"/> 熱中症 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 () 死亡に至った場合はその死亡年月日				
	骨折等の場所					
事故の内容						
4 事 故 発 生 時 の 対 応	対処の仕方	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)				
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等)				
	治療の概要					
	連絡済みの関係機関	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> ケースワーカー <input type="checkbox"/> その他 ()				
5 事 故 発 生 後 の 対 応	利用者の状況	(病状、入院時の有無、その他の利用者の状況)				
	家族への報告、説明の内容	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)				
	経過	<input type="checkbox"/> 解決又は終結している <input type="checkbox"/> 継続している。 ()				
	損害賠償等の状況					

注) 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

供覧	会長	副会長	事務局長	課長	係長、事業責任者	係等

宮古島市社会福祉協議会 事故報告書 (従業者事故)

別添 3

報告年月日 年 月 日

事故発生部署等	所属課名	部署名				
	事業所番号					
	所在地				電話番号	
					FAX番号	
	記載者職氏名					印
サービス種類 (事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 法人運営事業 <input type="checkbox"/> 生活福祉資金貸付事業 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業 <input type="checkbox"/> 共同募金配分事業 <input type="checkbox"/> 地域福祉活動事業 <input type="checkbox"/> 社会・老人福祉センター運営事業 <input type="checkbox"/> 長寿大学開催事業 <input type="checkbox"/> 介護予防普及啓発事業 <input type="checkbox"/> 地域における生活困窮者支援等のための共助の基盤づくり事業 <input type="checkbox"/> 宮古島市地域子育て支援事業 <input type="checkbox"/> 地域福祉計画推進事業 <input type="checkbox"/> 法人後見受任事業 <input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 包括支援センター事業 <input type="checkbox"/> 宮古島市生活支援コーディネーター設置事業事業 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業 <input type="checkbox"/> 訪問介護事業 <input type="checkbox"/> 通所介護事業 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業 <input type="checkbox"/> 障がい者総合支援事業 <input type="checkbox"/> 一般旅客自動車運送事業 <input type="checkbox"/> くらしのサポート事業 <input type="checkbox"/> その他の事業 ()					
2 対象者	所属課名	部署名				
	職名			氏名		
	現在の状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 職場復帰 月 日より <input type="checkbox"/> その他 () 症状等				
3 事故の概要	発生日時	年 月 日 () ~				
	発生場所					
	行事名等					
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 異食・誤えん <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他の外傷 () <input type="checkbox"/> 熱中症 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ()				
	(複数の場合は、もっとも症状の重いもの)					死亡に至った場合はその死亡年月日
	骨折等の場所等					
事故の内容						
4 事故発生時の対応	対処の仕方	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)				
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等)				
	治療の概要					
	連絡済みの関係機関	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> ケースワーカー <input type="checkbox"/> その他 ()				

注) 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

供覧	会長	副会長	事務局長	課長	係長、事業責任者	係等

宮古島市社会福祉協議会 事故報告書 (交通事故)

別添4

報告年月日

年 月 日

事故車両部署等	所属課名	部署名				
	事業所番号					
	所在地					電話番号
						FAX番号
	記載者職氏名	印				
車両所属部署	<input type="checkbox"/> 法人運営事業 <input type="checkbox"/> 生活福祉資金貸付事業 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業 <input type="checkbox"/> 共同募金配分事業 <input type="checkbox"/> 地域福祉活動事業 <input type="checkbox"/> 社会・老人福祉センター運営事業 <input type="checkbox"/> 長寿大学開催事業 <input type="checkbox"/> 介護予防普及啓発事業 <input type="checkbox"/> 地域における生活困弱者支援等のための共助の基盤づくりの事業 <input type="checkbox"/> 宮古島市地域子育て支援事業 <input type="checkbox"/> 地域福祉計画推進事業 <input type="checkbox"/> 法人後見受任事業 <input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 包括支援センター事業 <input type="checkbox"/> 宮古島市生活支援コーディネーター設置事業 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業 <input type="checkbox"/> 訪問介護事業 <input type="checkbox"/> 通所介護事業 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業 <input type="checkbox"/> 障がい者総合支援事業 <input type="checkbox"/> 一般旅客自動車運送事業 <input type="checkbox"/> くらしのサポート事業 <input type="checkbox"/> その他の事業 ()					
車両No			車両形状			

事故発生時乗車者	運転者	所属課名	部署名					
		職名	氏名					
	宮社協 職員	所属課名	部署名		氏名			
		職名	氏名					
		所属課名	部署名		氏名			
		職名	氏名					
		所属課名	部署名		氏名			
	同乗者	利用者等	氏名	性別	年齢	障害の有無	級号	
			同乗の事由等					
		同乗者	氏名	性別	年齢	障害の有無	級号	
			同乗の事由等					
			氏名	性別	年齢	障害の有無	級号	
	現在の状態	氏名	状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> その他 ()				
		氏名	状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> その他 ()				
		氏名	状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> その他 ()				
氏名		状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> その他 ()					
氏名		状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> その他 ()					

3 事故の概要	発生日時	年 月 日 ()				
	発生場所					
	事業・行事名等					
	事故の種類					
	事故の内容 物損の内容 けが人の有無等 できるだけ詳しく					
事故発生の状況						

供覧	会長	副会長	事務局長	課長	係長、事業責任者	係等

異常事態、事故経過報告書

当該異常事態事故概要	発生日時		異常事態、事故内容	
	所属課			
	所属部署			

上記の異常事態、事故について下記のとおり経過を報告いたします

報告日		報告者	印
事故後の経過	日付	内容	

再発防止に向けて今後の取り組み（事故発生後一月以内に作成）	原因と思われる事項	
	原因と思われることを回避するために必要な事項	
	事業責任者の意見等	
	担当課長の意見等	
	その他	