

## 南あわじ市産後ケア事業 安全管理マニュアル

こども家庭庁作成の「産後ケア事業ガイドライン（令和6年10月改訂版）」に基づき、南あわじ市の産後ケア事業を受託する事業所等における安全管理に関する事項を定める。産後ケア事業の実施に当たっては、母子への安全面（窒息や転倒・転落等）について十分に配慮し、快適に利用できる環境が求められ、事業所は事故防止及び安全対策、緊急時の対応について、以下の点に留意すること。

### (1) 事故防止及び安全対策

リスクの高い場面（児の睡眠中、寝返りやつかまり立ち等ができる月齢児の対応をする場合、食事の提供時等）で留意すべき点を明確にしておくこと。

リスクが高いと想定される場面ごとの留意点を以下に示す。

- ・ 児の睡眠中は、乳幼児突然死症候群（SIDS：Sudden Infant Death Syndrome）予防の観点から、仰向けに寝かせることが重要である。もし、うつ伏せになってしまった場合はすぐに仰向けに戻すこと。
- ・ 窒息事故防止のため、添い寝や雑魚寝はせず、敷布団やマットレス、枕は固めのものを使い、寝台と敷物の間に乳児が挟まってしまうような隙間を作らないこと。また、ぬいぐるみ等口や鼻を覆ったり、首に巻き付くような物品は児の周囲に置かないこと。
- ・ 転落事故防止のため、ベビーベッドを使用する場合は常に柵を上げた状態にしておくこと。
- ・ 窒息や誤嚥等、誤飲のリスクがある物は手の届くところに置かず、おもちゃは児の発達に合ったものを選ぶこと。また、遊ばせる前に壊れた箇所や突起等がないか確認すること。
- ・ 暖房器具等の熱傷防止対策や滑りやすい床等に転倒防止対策を講じるなど、安全な環境を整備すること。
- ・ アレルギーの有無について事前に必ず確認し、アレルギーの対象物を除去できない場合は食事の提供を避ける。
- ・ 熱傷防止のため、ミルクの温度に注意すること。
- ・ 抱っこ紐使用時にかがむ際は必ず児を手で支え、降ろす際は低い位置で行うこと。また、転倒や家具等の角に注意し、調乳等の作業は行わないこと。

上記に示した留意点以外にも、これまでの事業実施においてヒヤリ・ハット事例の収集及び、リスクが高い場面で把握した課題や注意点に対して、必要に応じて市と要因の分析を行い、必要な安全対策を講じ、マニュアルに反映した上で、職員間の共有を図ること。

## (2) 児をあずかる場面の留意点

- ・利用開始すぐの母子分離での預かりではなく、母子共に産後ケア施設に慣れるまでは母子分離を避け、母子分離・母児同室どちらにおいても、安全な睡眠環境を提供すること。また、児の居室には、担当者と母親以外の入室は基本的には控えること。
- ・入所時には、乳児の顔色や呼吸状態、体温のチェック、前日の哺乳状況、排泄の状況、睡眠時の状況など体調チェックおよび母親の心身の状態チェックを行い、同居家族の感染症など体調に関しても確認を行うこと。また、任意の様式に記録し、職員全員で共有し、状態や背景を把握してケアにあたること。
- ・一定の時間ごとに、目視により児の顔色などを確認するとともに、呼吸状態を確認し、観察結果を任意の様式に記録しておくこと。
- ・1人の担当者が過剰な人数を担当せず、常に見守りを行える体制であり、監視モニターや乳児用体動センサー等だけに頼らないこと。

## (3) 緊急時の対応体制

- ・利用者の急変等、緊急時の受け入れが可能な医療機関や助言を受けられる医師を決めておくこと。
- ・利用者の急変等に備え、マニュアルの整備や緊急時の連絡先を作成し、職員全員に周知徹底すること。また、手にとりやすい場所に配置する等、緊急時の迅速な対応ができるよう工夫すること。
- ・緊急時の対応に備え、定期的に応急手当方法等の実技講習や研修を受講することが望ましい。
- ・災害発生時や感染症の対応についても、日頃から備え、災害発生時の産後ケア事業の実施に関連する市への報告は、できる限り速やかに行うこと。
- ・事業所所在地のハザードマップを確認しておくこと。また、避難経路や避難先について、職員間で共有・確認しておくこと。
- ・悪天候や災害等により、利用者の帰宅が困難になると見込まれる場合は、市と協議のうえ、退所を促すこと。なお、急を要する場合は事業所の判断により対応し、その後、市へ報告すること。
- ・所在地の市町を通じて児童福祉施設等災害時情報システムに登録し、訓練にも対応する。
- ・災害時、県から児童福祉施設等災害時情報共有システムに被災状況等について入力への依頼があれば、必ず入力を行う。

## (4) 重大事案等発生時の対応

- ・本業務により生じた事故等については、誠意をもって迅速に対応し、速やかに市へ連絡と書面での報告をすること。なお、急を要する場合は警察や消防等への連絡や緊急対応を優先すること。
- ・事故発生直後の対応として、関係者（母子の家族等）へ連絡、その他の利用者への対応、状況の確認と記録（時系列等、可能な限り詳細な記録）が必要であり、原因が明らかな場合は、速やかに対策を行うこと。

### ① 報告の対象となる事案

- ・第1報は、原則事案等発生当日（遅くとも事案等発生日の翌日）
- ・第2報は、原則1か月以内

このほか、状況の変化や必要に応じて追加報告を行う。

|             |                                                                                                                             |                              |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 重大事案        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・死亡事故</li> <li>・治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病を伴う重篤な事故等</li> </ul> <p>⇒ 速やかに市を通じて県・国へ報告が必要</p> | 様式Ⅰ<br>「産後ケア事業事案等発生時報告様式」    |
| その他報告を要する事案 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・上記以外の負傷や疾病を伴う事故等が発生した場合</li> </ul>                                                  | 様式Ⅰ<br>ただし、「□その他」にチェック       |
|             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の身体、精神症状が悪化した場合</li> <li>・利用者に医療受診の必要性がある場合</li> <li>・その他、利用に伴うトラブル等</li> </ul>  | 口頭で報告の上、日々使用している産後ケア実施報告書に記入 |

※判断に迷う場合は、速やかに市へ報告を行うこと。

※閉庁時に発生した案件について、緊急を要しない場合は、翌開庁時に速やかに報告を行うこと。

### ② 連絡先

|                                      |                                                                                               |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 開庁時間内<br>(平日 8:30～17:15)<br>※年末年始を除く | 南あわじ市役所健康課：0799-43-5218                                                                       |
| 閉庁時                                  | 南あわじ市役所(日直・宿直)：0799-43-5001<br>「市の産後ケア事業で重大事案が発生したため、健康課と連絡を取りたい。」と伝える。<br>市職員が折り返し連絡先まで連絡する。 |

### ③ 報告書の提出

重大事案等発生時は次頁「産後ケア事業事案等発生時報告様式」を使用し、市へ提出すること。市は、事案発生の要因分析や検証を行い、再発防止策を検討すること。

# 産後ケア事業における重大事案等発生時の報告の流れ

別添2

## ➤ 国への報告の対象となる事案の範囲

- ・死亡事案
- ・治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病を伴う重篤な事案等（意識不明（人工呼吸器を付ける、ICUに入る等）の事案を含み、意識不明の事案についてはその後の経過にかかわらず、事案が生じた時点で報告すること。）



- ①第1報は原則事案等発生当日（遅くとも事案等発生日の翌日）
  - ②第2報は原則1か月以内程度
- このほか、状況の変化や必要に応じて追加報告を行う。

令和5年1月19日付厚生労働省事務連絡

## 「産後ケア事業における重大事案等発生時の国への報告の流れ」

| 様式第10号（第21条関係）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                 |       |                                                                                                                     |              |             |                                             |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|---------------------------------------------|--|--|--|
| 産後ケア事業事案等発生時報告様式                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                              |                 |       |                                                                                                                     |              |             |                                             |  |  |  |
| 第 報                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                 |       |                                                                                                                     |              |             |                                             |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 死亡事案 <input type="checkbox"/> 重症・重傷（治療を30日以上を要する）事案    報告年月日 年 月 日<br><input type="checkbox"/> その他（ ）    ・※は実施がある場合に記入してください。<br>・水色のセルはプルダウンより選択してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                              |                 |       |                                                                                                                     |              |             |                                             |  |  |  |
| 施設情報                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 施設名                          |                 |       | 施設設置者<br>(社名・法人名・自治体名等)                                                                                             |              |             |                                             |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 施設所在地                        |                 |       | 代表責任者                                                                                                               |              |             |                                             |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 産後ケア事業管理者                    |                 |       | 利用者の総定員<br>(産婦)                                                                                                     |              |             | 名                                           |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 実施事業形態<br>(該当するものをすべてに)      |                 |       | <input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）型 <input type="checkbox"/> 通所（デイサービス）型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問（アウトリーチ）型 |              |             |                                             |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ※直近の指導監査                     |                 |       | 年 月 日                                                                                                               |              |             | 緊急対応マニュアル等の有無                               |  |  |  |
| 利用者情報                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 利用者居住市町村名                    |                 |       | 他受託市町村名                                                                                                             |              |             |                                             |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 母の年齢                         | 歳               | 乳児の月齢 | か月                                                                                                                  | 日            | 乳児の性別       | 多胎児の場合は <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 利用開始月                        | 月               | 日     | 利用予定期間                                                                                                              | 泊            | 日           | 利用形態                                        |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 事案発生日時                       |                 |       | 年 月 日 時 分                                                                                                           |              |             | 受傷、発症または死亡した者 (その他の場合)                      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 事案発生の経緯<br>※別途任意様式での作成も可     |                 |       | (利用開始時からの健康状態、母子同室の有無を含む事案発生時の状況、事案発生後の処置を含め、可能な限り詳細に記入。第1報においては可能な範囲で記入し、第2報以降で追加等すること)                            |              |             |                                             |  |  |  |
| 事案発生時の状況等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 事案発生時の職員体制                   |                 |       | 産後ケア事業従事職員数 名                                                                                                       |              |             | うち助産師・看護師・保健師 名                             |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 事案発生時該当者以外の利用者の人数            |                 |       | 産婦 名、乳児 名、その他 ( ) 名                                                                                                 |              |             |                                             |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 施設で講じた再発防止策<br>※別途任意様式での作成も可 |                 |       |                                                                                                                     |              |             |                                             |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 病状・死因等<br>(既往歴)              | 【診断名】           |       |                                                                                                                     | (負傷の場合) 受傷部位 |             |                                             |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              | 【病状】<br>(症状の程度) |       |                                                                                                                     |              |             |                                             |  |  |  |
| 【既往症】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                 | 事案の転帰 |                                                                                                                     |              |             |                                             |  |  |  |
| 特記事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                              |                 |       |                                                                                                                     |              |             |                                             |  |  |  |
| 市町村の対応等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 事案把握日時                       |                 |       | 年 月 日 時                                                                                                             |              |             | 緊急対応マニュアル等の有無                               |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 当該施設の事業継続状況                  |                 |       | (休止の場合) 期間                                                                                                          |              |             |                                             |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 講じた再発防止策                     |                 |       |                                                                                                                     |              |             |                                             |  |  |  |
| 都道府県の対応等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 都道府県としての対応                   |                 |       |                                                                                                                     |              |             |                                             |  |  |  |
| ※市町村の対応経過については、別添として任意様式で作成し、本報告と併せて提出をお願いします。<br>・報告は事業所から利用者居住市町村→施設所在都道府県を経由して国に報告してください。施設所在市町村と委託元市町村が異なる場合は、当該市町村間で協議・連携しながら対応してください。【直連報告・緊急連絡の機会は一時的な市町村に限定してください】<br>・第1報は市町村（業務）内において報告してください。第1報は原則事案発生当日（遅くとも事案発生翌日）、第2報は原則1か月以内程度に行うとともに、状況の変化や必要に応じて追加報告してください。<br>・発生時の状況等については、施設で記載できない部分については、市町村が適宜記載を補ってください。<br>・記載欄は適宜応じて記載してください。<br>・直近の指導監査の状況報告を添付してください。<br>・発生時の状況図（写真等を含む。）を添付してください。なお、ベビーベッド等の器具により事案が発生した場合には、当該器具のメーカー名、製造年、型式、構造等についても記載してください。<br>・報告内容については、市の監事等から取り扱いは、個人の機密事項として取り扱われます。 |                              |                 |       |                                                                                                                     |              |             |                                             |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                 |       |                                                                                                                     |              | 市町村担当者      |                                             |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                 |       |                                                                                                                     |              | 所属・役職       |                                             |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                 |       |                                                                                                                     |              | 連絡先<br>(電話) |                                             |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                 |       |                                                                                                                     |              | (E-mail)    |                                             |  |  |  |

令和5年1月19日付厚生労働省事務連絡「産後ケア事業事案等発生時報告様式」

※ 南あわじ市ホームページからエクセル様式をダウンロード可能

#### (5) 参考資料

- ・産後ケア事業ガイドライン（令和6年10月）こども家庭庁
- ・産後ケア施設における乳幼児安全対応マニュアル（令和6年8月）