

事故発生の防止および発生時対応の指針

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

当施設では、「人間としての尊厳を冒し、安全や安心を阻害し、提供するサービスの質に悪い影響をあたえるもの」をリスクとして捉え、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に努める。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、個別的なサービス提供を徹底することにより組織全体で介護事故の防止に取り組むこととする。

2. 介護事故の防止のための委員会

介護事故発生の防止などに取り組むにあたって「**事故防止検討委員会**」を設置する。

①設置の目的

当委員会は、施設内での介護事故を未然に防止し、安全かつ適切で質の高いケアを提供する体制を整備することを目的とする。万が一事故が発生した場合は、最善の処置、対応を行い施設全体で今後の再発予防、原因理解に取り組むことを目的とする。

②事故防止検討委員会の構成員

- ア) 施設長
- イ) 介護支援専門員
- ウ) 生活相談員
- エ) 看護職員
- オ) 介護職員(ユニットリーダー)
- カ) 機能訓練員
- キ) (必要時)医師(柿添病院嘱託医)、施設外の安全対策の専門家

上記職種より委員長を選任し、また安全対策に資するための安全対策担当者を置く。

③事故防止検討委員会の開催

定期的に1ヶ月に1回開催し、介護事故発生の未然防止、再発防止などの検討を行う。

アクシデントレベル4【別紙1】以上の事故発生時には、臨時で委員会を開催する。

また、事故の内容により委員長および責任者の判断で、臨時で委員会を開催する。

④事故防止検討委員会の役割

- ア) マニュアル、事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書の整備

介護事故を未然防止する為、定期的に各種マニュアルを見直し、必要に応じてマニュアルの更新を行う。事故(ヒヤリ・ハット)報告書などの様式についても定期的に見直し、必要に応じて更新を行う。⇒ ヒヤリハット【別紙2】、事故報告書【別紙3】

- イ) 事故(ヒヤリ・ハット)報告の分析および改善策の検討

各ユニットから報告のあった事故(ヒヤリ・ハット)報告を分析し、事故発生防止のための改善策を検討する。

- ウ) 改善策の周知徹底

イ) によって検討された改善策について施設長に提言し、職員に対して周知徹底を図る。

エ) 改善策の効果を検証する。

3. 介護事故発生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おこなう上で、各職種がその専門性に基づいて適切な役割を果たすこととする。

(施設長)施設全体の管理責任を担う。

- 1) 事故発生防止のための総括管理
- 2) リスクマネジメント委員会総括責任者
- 3) 各種(介護・看護)マニュアルの作成総括責任者

(看護職員・機能訓練員・医師)専門的見地から要因分析、対策立案に参画する。

- 1) 医師、協力病院との連携を図る
- 2) 施設における医療的行為の範囲についての整備
- 3) 介護事故対応マニュアルの作成と周知徹底
- 4) 看護、処置マニュアルの作成と周知徹底
- 5) 処置への対応
- 6) 事故およびヒヤリ・ハット事例の収集、分析、再発防止策の検討
- 7) 家族、医療、行政機関、その他関係機関への対応、報告
- 8) 記録は正確、かつ丁寧に記録
- 9) 適切な指示や相談等、コミュニケーションの活性化

(生活相談員・介護支援専門員)施設全体の状況の取りまとめや対策実践体制の検討を担当。

事故発生時は、家族や外部との窓口を担当。

- 1) 事故発生予防のための指針の周知徹底
- 2) 緊急時連絡体制の整備(施設、家族、行政)
- 3) 報告(事故報告、ヒヤリ・ハット)システムの確立
- 4) 事故およびヒヤリ・ハット事例の収集、分析、再発予防策の検討
- 5) 介護事故対応マニュアルの作成と周知
- 6) 家族、医療、行政機関、その他関係機関への対応、報告
- 7) 各種(介護・看護)マニュアルの作成補助
- 8) 保険者・行政機関への報告

(栄養士)

- 1) 食品管理、衛生管理の体制整備と管理指導
- 2) 食中毒予防の教育と、指導の徹底
- 3) 緊急時連絡体制の整備(保健所、各関係機関、施設)
- 4) 利用者の状態に合わせた食事形態の工夫

(事務)事務、会計関連を担当する。

- 1) 施設内の環境整備
- 2) 備品の整備
- 3) 職員への安全運転の徹底

(介護職員)検討に際して現場の視点を提供し、委員会検討事項を現場に伝達する。

- 1) 食事・入浴・排泄・移動など介助における基本的知識を身につける
- 2) 利用者の意向に沿った対応を行い無理な介護は行わない

- 3) 利用者の疾病、障害などによる行動特性を知る
- 4) 利用者個々の心身の状態を把握し、アセスメントに沿ったケアをおこなう
- 5) 介護マニュアルの作成、周知徹底
- 6) 多職種協働のケアをおこなう
- 7) 記録は正確、かつ丁寧に記録する
- 8) 適切な報告、連絡や相談等、コミュニケーションの活性化

4. 介護事故防止のための職員研修に関する基本方針

介護事故発生の防止などに取り組むにあたって、事故防止検討委員会を中心として、介護事故発生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うこととする。

- ① 定期的な教育の実施と研修(年2回以上)
- ② 新規採用者に対する事故発生防止の研修
- ③ その他 必要な教育・研修

5. 介護事故等の報告および、介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策

① 報告システムの確立

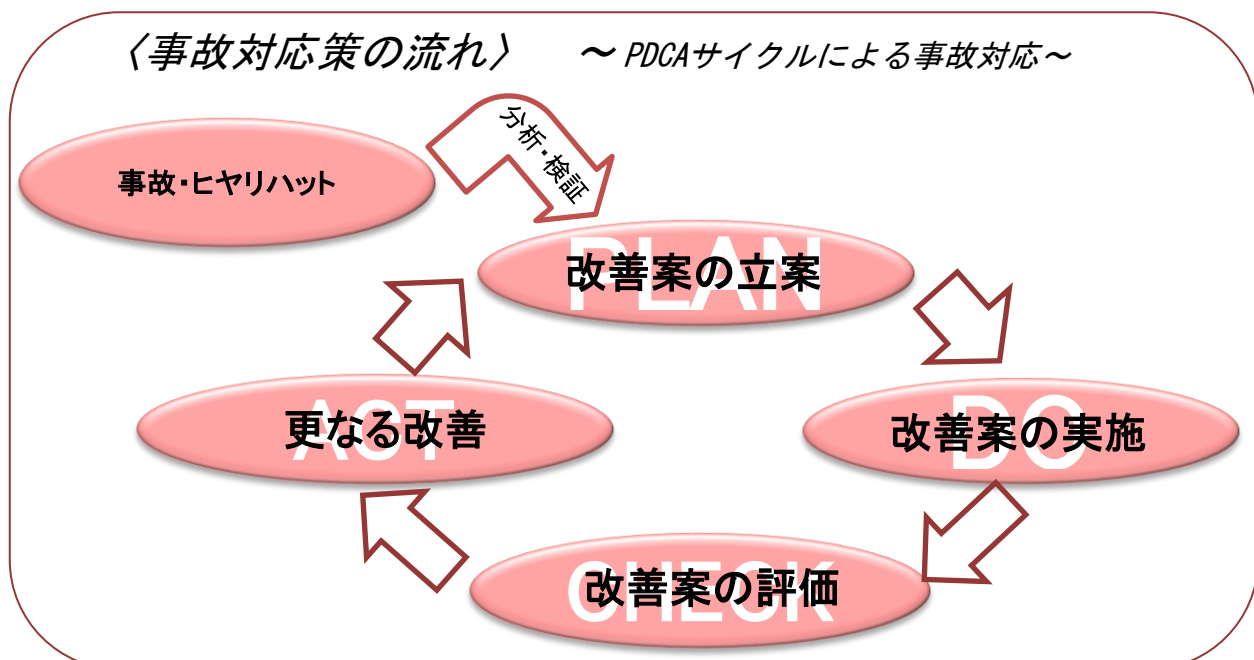
情報収集のため、ヒヤリ・ハット報告書や事故報告書を作成し、報告システムを確立する。
収集された情報は、分析・検討を行い、施設内で共有し、再び事故を起こさないための対策を立てるために用いる。なお、この情報を、報告者個人の責任追及のためには用いないこととする。

② 事故要因の分析

集められた情報を基に、「分析・要因の検証」⇒「改善策の立案」⇒「改善策の実践と結果の評価」⇒「必要に応じた取組みの改善」といったPDCAサイクルを活用し対応する。
また、その過程において自施設における事例だけでなく、知りうる範囲で他施設の事例についても取り上げ、リスクの回避、軽減に役立てていく。

③ 改善策の周知徹底

分析によって導きだされた改善策を委員会を中心として実践し、全職員に周知徹底を図っていく。



6. 介護事故発生時の対応

介護事故が発生した場合には、下記のように速やかに対応する。

① 当該利用者への対応 【別紙4】

事故が発生した場合は、周囲の状況確認および当該利用者の救命や安全確保を行ったうえで、直ちに事故の発生を看護職員やリーダーに報告する。その際、安全確保されれば後で現場の状況が分かるように写真なども残しておく。

状況により医療機関への受診などが必要な場合は、迅速にその手続きを行う。

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「**事故報告書**」で、その日のうちに速やかに報告する。報告の際には状況がわかるよう事実のみを記載する。

特にアクシデントレベル4以上の事故や、事故の内容により委員長等が臨時で開催する必要があると判断された場合、事故後2日以内に事故防止検討委員会を開催し、できるだけ多職種で要因分析と対策立案を行う。

③ 関係者への連絡・報告

関係職員からの報告書に基づき、介護支援専門員または相談員が、ご家族・担当介護支援専門員（短期入所の利用者の場合）に連絡を行う。医療処置など専門的な説明が必要である場合は、看護職員などが連絡を行う。

必要に応じて、保険者へ事故について、遅くとも5日以内に報告を行う。【別紙5】

また、事故の原因が明らかに施設の過失である場合、施設長および責任者が事故後3日以内に利用者・ご家族に説明を行う。

④ 損害賠償

事故の状況により賠償などの必要性が生じた場合は、当施設の加入する損害賠償保険で対応すること。

7. その他の災害などへの対応

火災・大規模地震などの災害によるリスクの回避・軽減のため、下記の内容を備えとして準備し、随時実施していく。

- ① 防災計画の作成
- ② 非常災害のための体制（自衛消防組織など）
- ③ 近隣住民との防災協定の締結
- ④ 避難誘導訓練・消火訓練などの実施（年2回以上）
- ⑤ 避難・消火・通報装置などの設置および定期的保守点検
- ⑥ 非常用食料などの備蓄
- ⑦ 上記体制の周知のための職員教育
- ⑧ その他

8. 事故対応防止についての指針の閲覧について

この指針は、当施設内に掲示し、いつでも自由に閲覧することとする。