

事故発生防止及び事故発生時対応の ための指針

高齢者福祉施設本能

事故発生防止及び事故発生時対応のための指針

高齢者福祉施設 本能

当施設は、ご利用者の意思及び人格を尊重して、常にご利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、ご利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、ご利用者の心身機能の維持・向上を図らなければなりません。その前提として、あらかじめ起こり得る事故を予想し、事故が起きないように、日頃から「備える」ことが重要となります。また、万一事故が発生した場合においても、ご利用者の生命や身体に重大な影響が生じないよう、被害を最小限に抑えることが必要です。このため、当施設は、事故が発生した場合だけでなく、事故が発生しそうな場合（いわゆるヒヤリ・ハット）についても、その事実関係を把握し、その後の防止に努めることが大切です。

そこで、事故が発生した場合に、速やかに適切に職員が対応するとともに、事故発生を未然に防ぐために、職員に対して介護事故防止の基本事項、事故発生時の対応及び留意事項をこの指針で定めます。

1. 介護事故の防止に関する基本的考え方

日常業務の中で介護事故を防止するため、施設内外における介護事故防止方策を検討するうえにおいて職種、部署等を問わず、介護関係者が共通して認識しておかなければならない介護事故防止のための基本的事項を次に定めます。

(1) 介護職員は常に「危機意識」を持ち、業務にあたること。

介護行為は不確定要素が多く潜在し、常に危険と隣合せにあります。事故を想定せず、いわば流れ作業的に支援を行うと事故が発生する危険性は高まります。介護職員はこの危険性を十分認識し、介護事故はいつでも起こりうるものであるという「危機意識」を持ち、ご利用者の心身の状況を考慮して、各支援の場面で起こりうる事故を想起したうえで、業務にあたる必要があります。

(2) ご利用者最優先の支援を徹底すること。

どのような事態においてもご利用者最優先の体制で業務にあたることが不可欠です。質の良い介護はご利用者本位の介護から始まります。ご利用者の意思に反したとき、及びご利用者への十分な配慮が欠けたとき、介護事故が発生することを認識する必要があります。

(3) 介護行為においては、確認・再確認等を徹底すること。

全ての介護行為においては、事前に確認をすることが不可欠です。確認を怠り、職員の独善的な考えや曖昧な記憶等に基づいて、支援を行うと事故が発生する危険性は高まります。確認する際は、自分一人ではなく、複数の者による確認を行い、又業務遂行の過程で疑問や理解不可能な事柄があれば、必ず事前に周囲の人と相談する、マニュアル等を確認するなど、再確認をし、理解してから介護行為を行うことが必要です。換言すれば、介護職員一人ひとりが「当たり前のことをきちんとする」ということの再認識が大切です。

(4) 円滑なコミュニケーションに配慮すること。

ご利用者とのコミュニケーションには十分配慮し、訴えを謙虚な気持ちで聞き、約束は必ず守るよう心掛けることが大切です。言葉遣いは丁寧でわかりやすく、誠意をもって対応し、ご利用者やご家族への説明にあたっては、その内容が十分理解されるよう配慮することが必要です。

(5) 記録は正確かつ丁寧に記載し、チェックを行うこと。

介護に関する諸記録の正確な記載は、事故の防止に役立つとともに、万一事故が発生した場合に

においても、適切な対処ができます。記録は正確かつ丁寧に記載する習慣をつけるとともに、上司・先輩・同僚などのチェックを受け、介護の質の向上につなげることが大切です。

(6) 自己の健康管理と職場のチームワークを図る。

介護職員は、自己の身体的・精神的状況を客観的に評価し、不調の場合は、特に慎重な態度で従事するよう心掛けることが必要です。また、所属長は職場におけるチームワークについても、冷静な評価を行い、職場環境の問題点を明確にして早期に解決策を打ち出すことも重要です。

(7) 管理者等のリーダーシップ

事故防止のためには、管理者や経営者自身が、自施設で行っているサービスの質の現状を十分に認識した上で、より良いサービスを目指す強い決意を持つことが必要です。また、管理者等が、職員に対する指導力や事故防止に関する知識と対応能力を習得するとともに、職員の能力等を的確に把握することが大切です。そして、管理者等の強い決意とリーダーシップの下で、全ての職員によって、事故防止対策を含め、介護サービスの質の向上に取り組まなければなりません。

(8) 風通しのよい職場づくり

事故防止対策は、全ての職員で取り組むことが大切です。また、管理者等と職員との連携が大変重要となります。日頃から、管理者等は、職員の声に耳を傾け、現場の課題等を明らかにしておくとともに、どのような対応策が考えられるのか、現場の意見を聞きながら、職員と共に対応策を構築していくことが求められます。また、各職員も、一人で介助方法等について判断せず、管理者や他の職員等に相談するよう心がけるようにしましょう。

(9) ご利用者の特性の把握

ご利用者一人ひとりの心身の状況から、どのような事故が起こり得るか予想し、個別のリスク要因を個別サービス計画に反映させることによって、適切なサービス提供に結び付けることが重要です。

(10) 事故防止対応マニュアルの作成

事故防止対応マニュアルを作成し、あらかじめ事故発生時のご利用者の生命・身体の保護の方法、職員の役割分担、緊急連絡網の整備等について定めておき、全ての職員に周知徹底しておくことが重要です。緊急連絡網については、事故発生時に事業所内で適切に連絡が取れるようにするため、全職員を対象としたものとし、所管の保健所、保険者、警察署等の緊急連絡先の一覧もあらかじめ作成しておくことが適当です。

2. 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項

(1) リスクマネジメント委員会

①設置の目的

リスクマネジメント委員会（以下「委員会」という。）は、施設内での事故を未然に防止するとともに、行動の抑制や拘束に頼らず、より高いレベルでの事故防止活動に取り組みます。また、起こった事故に対しては、その後の対応が速やかに行われ、利用者に最善の対応を提供できるよう、安全管理体制を施設全体で取り組んでいきます。

②リスクマネジメント委員会の構成委員

施設長、副施設長、課長、介護マネジャー（主任）、生活相談員、看護職員、ケアワーカー、その他必要に応じ、施設長または副施設長が委員を指名します。

③リスクマネジメント委員会の開催

定期的に1か月に1回開催し、介護事故発生の未然防止、再発防止等の検討を行います。また、重大な事故が発生した場合など、必要な際は随時委員会を開催します。

④検討事項

委員会で次のことを検討します。

- ・ 指針や指針に基づくマニュアル等の作成や見直し
- ・ 施設全体の介護事故防止策に関する検討
- ・ 介護事故やヒヤリ・ハット等の発生件数や発生事例の報告
- ・ 発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の全体の傾向の分析
- ・ ヒヤリ・ハット等への個別対応の検討
- ・ 利用者一人一人のリスク評価
- ・ 介護事故防止のための研修内容

⑤介護事故の検討・分析等

①事故データの月ごとの検討と分析

毎月、発生した事故の中で特に委員会で取りあげて検討すべき事故についての検討を行い、必要があれば事故の対策、職員への周知を行います。また年間を通した事故データの集計と分析を行い、必要に応じてその結果を報告します。

②事故防止策の立案と職員全体への周知事

同じ事故が続いて起きる等、必要がある場合には対策の立案を行い、各部署への周知が必要な場合には、出席者を通じて速やかに伝達します。

③無断外出のリスクの高い利用者への対応

無断外出のリスクの高い利用者の確認をします。各部署へ作成した顔写真入りの個人カード等を配布し、周知を行います。

④身体拘束との関連について検討

事故の対応策又は防止策が行動の抑制や拘束、ひいてはご利用者の意思に反した支援にならないように注意し、より高いレベルでの事故防止対策が行えるよう検討します。

⑤マニュアル、介護事故報告書及びヒヤリ・ハット報告書の整備

定期的にマニュアルの見直しを行い、必要に応じてマニュアルを更新します。介護事故報告書及びヒヤリ・ハット報告書の様式についても定期的に見直しを行い、必要に応じて更新していきます。

⑥ヒヤリ・ハットの検討・分析等

①情報収集

介護現場におけるリスク情報（ヒヤリ・ハット報告書等）について、普段から広く具体的な情報を収集します。

②分析・評価

収集された情報は、委員会で問題点の分析・評価を行います。

③職員への周知

情報収集された情報など、リスクを排除するために必要と思われる事項について、職員に全体に周知徹底します。また、周知の際は、ご利用者のプライバシーへの配慮は必要です。

④情報の集積・活用

集積された事例は、介護事故の防止に活用できるようデータとして集積し、職員相互間で情報を共有させます。

(2) 多職種協働によるアセスメントを実施し事故防止

①多職種（介護・看護・栄養・相談・ケアマネ）協働によるアセスメントを実施します。

- ① ご利用者の心身の状態、生活環境、家族関係等から個々の状態把握に努めます。

- ② 事故につながる要因を検討し、事故予防に向けたサービス計画を作成します。
- ② 介護事故予防の状況が事故につながらないように、定期的なカンファレンスを開催します。
- ③ 介護機器の使用において、確実な取り扱い方法を理解した上で使用します。

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防止のために各職種が、適切な役割を果たし協働します。

(施設長または副施設長)

- ① 事故発生防止のための総括責任者
- ② リスクマネジメント委員会総括責任者

(医師)

- ① 診断、処置方法の指示
- ② 各協力病院及び専門病院との連携を図る

(生活相談員・介護支援専門員)

- ① 事故発生防止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・行政等)
- ③ 報告 (事故報告・ヒヤリ・ハット) システムの確立
- ④ 事故及びヒヤリ・ハット事例の収集、分析、再発防止策の検討
- ⑤ 介護事故対応マニュアル案の作成と周知徹底
- ⑥ 家族、医療、行政機関、その他の関係機関への対応
- ⑦ 施設内の環境整備
- ⑧ 備品の整備

(看護職員)

- ① 医師、協力病院との連携を図る
- ② 施設における医療行為の範囲についての整備
- ③ 処置への対応
- ④ 利用者への施設における医療行為についての基本知識を身に付ける
- ⑤ 利用者個々の疾病から予測されることを把握し些細な変化に注意する

(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・家族等)
- ④ 利用者の状態に合わせた食事形態の工夫

(介護職員)

- ① 食事、入浴、排泄、移動等介助における基本的知識を身に付ける
- 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、障害等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行う
- ⑤ 多職種協働のケアを行う
- ⑥ 記録は正確、かつ丁寧に記録する

4. 介護事故防止・対応のための職員研修に関する基本方針

当施設では、介護事故発生の防止等に取り組むにあたって、リスクマネジメント委員会を中心としてリスクマネジメントに関する職員への教育・研修を定期的かつ計画的に行います。

- (1) 研修プログラムの作成
- (2) 定期的な教育・研修 (年2回以上)
- (3) 新任職員への事故発生防止の研修会実施
- (4) 実習生、ボランティア等への指導
- (5) その他、必要な教育と研修の実施

5. 介護事故等発生時の対応に関する基本方針

介護職員が当然払うべき業務上の注意義務（安全配慮義務）を怠るなどにより、ご利用者に損害を及ぼし、場合によってはご利用者を死に至らしめることがあります。特に、重大事故の発生直後は、冷静かつ誠実にご利用者への対応をすばやく行なうことが重要です。

(1) ご利用者及びご家族への対応について

①最善の処置

介護事故が発生した場合、まずご利用者に対して可能な限りの緊急処置を行います。引き続き、看護職員を呼び、最善の処置を施していきます。施設で対応できない場合には、協力病院またはかかりつけ医に連絡し、当施設車両または救急車により医療機関へ搬送します。

②責任者への報告

速やかに施設長または副施設長へ報告します。

③ご利用者及びご家族への説明等

処置が一段落すれば、できるだけ速やかにご利用者やご家族に誠意を持って説明し、ご家族の申し出についても誠実に対応します。

施設側の過失が明らかな場合、速やかに謝罪をします。しかし、過失の有無、ご利用者への影響などは発生時には不明確な場合があるので、事故発生の状況下における説明は慎重かつ誠実に行うようにします。

④ご利用者の損害賠償

事故の状況により賠償等の必要性が生じた場合は、当施設が加入する損害賠償保険で対応します。

6. 発生した介護事故及びヒヤリ・ハットの報告方法等のサービスに係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針

(1) 報告システムの確立

①情報収集のため、ヒヤリ・ハット報告書及び事故報告書を作成し、報告システムを確立します。

施設長等は職員に対して、これらの報告書作成が、報告事実に対して報告者個人の責任を問うものではなく、介護事故の再発防止のための重要な情報であることを十分に説明します。現場の職員は、委員会での検討資料として、これらの報告書を作成します。

②収集された情報を施設内で共有することで、事故の再発防止（対策）に有効に活用していきます。また、改善結果をリスクマネジメント委員会に報告し必要な場合は取り組みの再改善を行います。※なお、この情報を報告者個人の責任追及のためには用いません。

③報告の方法

職員は、介護事故等を覚知した場合に、ご利用者への処置等により安全を確保した後、今後の対策について、申し送り時に検討し、速やかにその内容（事故等を覚知したときの状況、事故等に至った経緯、事故等を覚知した後の対応）を記載した報告書を作成し、原紙は生活相談員に、コピーは各部署へ提出します。なお、報告書内の原因及び今後の対策については、当事者職員のみで記載するのではなく、複数の職員と協議し記載します。

また、その事故の内容、ご利用者の状況・処置などを当事者職員または相談員等の報告に適した職員からご家族に報告し、起こった事実に対しての説明と謝罪をします。

(2) 事故要因の分析

- ①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」→「必要に応じた取り組みの改善」といったPDCAサイクルによって活用し、その過程において自施設における事例だけでなく、知り得る範囲で他施設での事例についても取り上げ、事故の回避、軽減に取り組みます。
- ②月に一度、記録された情報を基にリスクマネジメント委員会で分析し、その結果を全職員で共有します。
- ③事故の内容によってレベル分けを行います。

(3) 改善策の周知徹底

分析によって導き出された改善策については、リスクマネジメント委員会を中心として全職員に周知徹底を図ります。これらの情報を職員相互で共有することにより、事故発生の全体像が把握でき、それによって介護職員の介護事故に対する意識改革が進み、以後の事故防止に役立つものと考えられます。

(4) 介護事故及びヒヤリ・ハットに関する記録の公表

介護事故及びヒヤリ・ハットに関する記録を、機関紙や家族懇談会等で、プライバシー保護を十分に留意し、介護事故の種類、状況、処理方法などを公表します。

7. 行政機関への報告

介護保険サービス事業所等で介護サービス提供中等に下記の報告すべき事故が発生した場合、速やかに京都市へ報告します。

【報告すべき事故】

ア 利用者の死亡

- (イ) 介護サービス等の提供により利用者が死亡した場合
- (ロ) 利用者の死亡原因に疑義がある場合

イ 利用者の怪我等

怪我等とは、介護サービス等の提供により発生した骨折、火傷、創傷、誤嚥、異食、誤与薬等のうち、入院又は医療機関での治療を要するものをいう。(ただし、軽微な治療で済むため、管理者が報告の必要を認めないものは除く。)

ウ 利用者の保有する財物の損壊、滅失

エ 従業員の法令違反により利用者の処遇に影響を及ぼすもの

オ 利用者の感染症又は食中毒 感染症又は食中毒とは、発生を予防し、蔓延の防止を図る必要のある感染症、結核、疥癬、食中毒をいう。

カ その他、管理者が報告を必要と判断したもの

8. 「事故発生防止及び事故発生時対応のための指針」の閲覧に関する基本方針

この指針は、当施設内において、いつでも自由に閲覧することができます。その他の文書については法人の定める諸規則に則って開示・閲覧することができます。