

事故防止のための指針

社会福祉法人 伸康会

1、基本的考え方

「人はミスをし、事故は起きるもの」という考え方を出発点にして、一度起きた事故については検討し、再度同じ事故を起こさない。若しくは同じような事故を防ぐ為に、各職員が事故についての意識を高め、事故の予防に努め、少しでも事故が減少するために努力します。また事故 が起きてしまった場合は、事実を速やかに報告し、マニュアルに沿って対処します。

2、介護事故防止のための委員会その他施設内組織

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」を設置します。

(1)「リスクマネジメント委員会」の設置

① 設置の目的

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します。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取り組むことを目的とします。

② 委員会の構成員 ※老健を例として提示するが、各事業所の実態に合わせる

- ・施設長
- ・事務長
- ・介護支援専門員（支援相談員）
- ・看護職員
- ・介護職員
- ・作業療法士
- ・管理栄養士

③ 委員会の開催

定期的に 毎月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います。また重大な事故が発生した場合など、必要なときは随時委員会を開催します。

④ 委員会の役割

1. 事故データの月毎の検討及び、年間の集計と分析

毎月事故データの検討を行い、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、その結果を報告します。(物損事故・車両事故含む)

2. 事故防止の徹底策の立案と職員全体への周知

同じ事故が続いて起きる等、必要性がある場合には対策の立案を行ない、また各部署

への周知が必要な場合には、委員を通じて速やかに伝達します。

3. 徘徊リスクの高い利用者への対応

徘徊のある利用者の確認。各部署で作成した顔写真等の整理。各部署への周知を行います。

4. 身体拘束との関連について検討

事故の内容や対応策が、行動の抑制や拘束にならないよう注意し、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、事故報告書等の整備

定期的にマニュアルや報告書の確認を行い、必要性があれば随時更新します。

6. 車両事故対応時の備品の管理

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行う上で、各職種がその専門性に基づいて適切な役割を果たします。

(施設長)

1. 事故発生予防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

(リスクマネジメント委員会)

1. 事故発生予防のための指針の周知徹底
2. 事故報告システム（ヒヤリハット含）の確立
3. 事故及びヒヤリハット情報の収集、分析
4. 再発防止の検討の指導
5. 介護事故対応マニュアルの作成と周知徹底
6. 検討内容の実践、結果の確認及び再検討
7. 年度ごとの集計表・統計表の作成、前年との比較分析

(各セクション)

1. 報告、記録を正確かつ丁寧に行う
2. 事故及びヒヤリハット情報の収集、分析、防止策の検討
3. 検討内容の実践、再検討
4. 緊急時連絡体制の整備（施設、家族、行政）
5. セクションごとの介護事故対応マニュアルの作成と周知徹底

(管理職者)

1. 家族、医療、行政機関、その他関係機関への対応

4、介護事故防止のための職員教育・研修

介護事故の発生防止と職員の事故に関する意識向上の為、職員への教育・研修を 定期的

かつ計画的に実施します。

- ① 介護事故防止のため年 2 回の研修を実施します。
- ② 新任者に対する事故発生防止の研修を年 1 回実施します。
- ③ その他、状況と必要に応じて研修を予定します。

5、介護事故等の報告方法及び、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

- ① 事故（ヒヤリハット含む）が発生した場合は、事故報告書の作成を行う。リスクマネジメント委員会として、記録により分析、検討を行う。
- ② 記録を事業所内及び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く。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う。

※ 尚、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。

(2)事故要因の分析＝リスクマネジメント

①PDCA サイクルに沿って進める。

手順 1) リスクの特定：事故報告書を詳細（※）に記入する

※体の向き、モノの位置、傷の具合、発見時の表情、服薬の変化 など

手順 2) リスクのアセスメント：発生要因を分析する

「人的要因」「設備的要因」「環境的要因」「管理的要因」に分類し、要因を分析

<具体例>

人的要因	設備的要因	環境的要因	管理的要因
スタッフが確認を怠ったのでは 介助方法は不十分ではなかったか	福祉用具は本人に合ってたのか	職員の人員はどうだったのか 見守りの体制はどうだったか	担当スタッフがいなかった 使用方法を確認するルールがな かった

手順 3) リスク対策：手順 2 で出た分析結果への対策を立てる

<具体例>

人的要因	設備的要因	環境的要因	管理的要因
使用する前にスタッフが確認する 介助方法は研修等でスキルアップ 図る	月 1 で福祉用具を確認し、不具合あ る場合は安全なものに換える	安全に見守り・介助できる職員数を 配置する。 見守りは目が届くよう近くへ付き 添う	スタッフへ担当をつける 福祉用具など使用マニュアルを作 る

手順 4) リスクコントロール：手順 3 で確認した対策を運用

取り組みの改善を行い事故の回避、軽減に取り組むが、必ず運用状況や結果を記録すること

- 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。セクションへの確認を行う。

(3)改善策の周知徹底

事故の報告の徹底、周知の方法などを明記し、リスクマネジメント委員会を中心とし職員に周知徹底を図ります。

6、介護事故発生時の対応

(1) 事故発生時の対応について

介護事故が発生した場合には、別紙に沿って速やかに対応します。

(2) 損害賠償

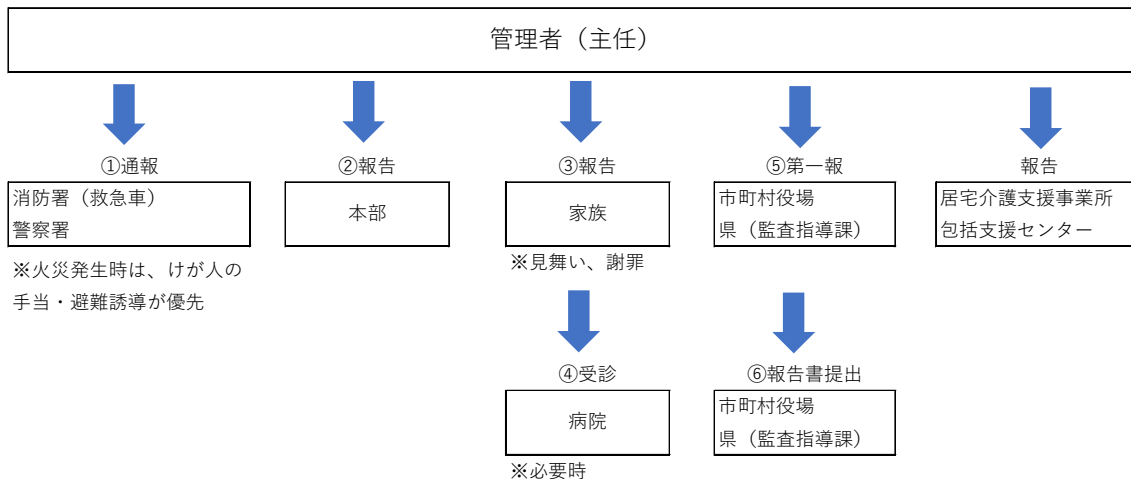
事故の状況により賠償等の必要性が生じた場合は、当施設の加入する損害賠償保険により、その損害に対して対応いたします。

附 則

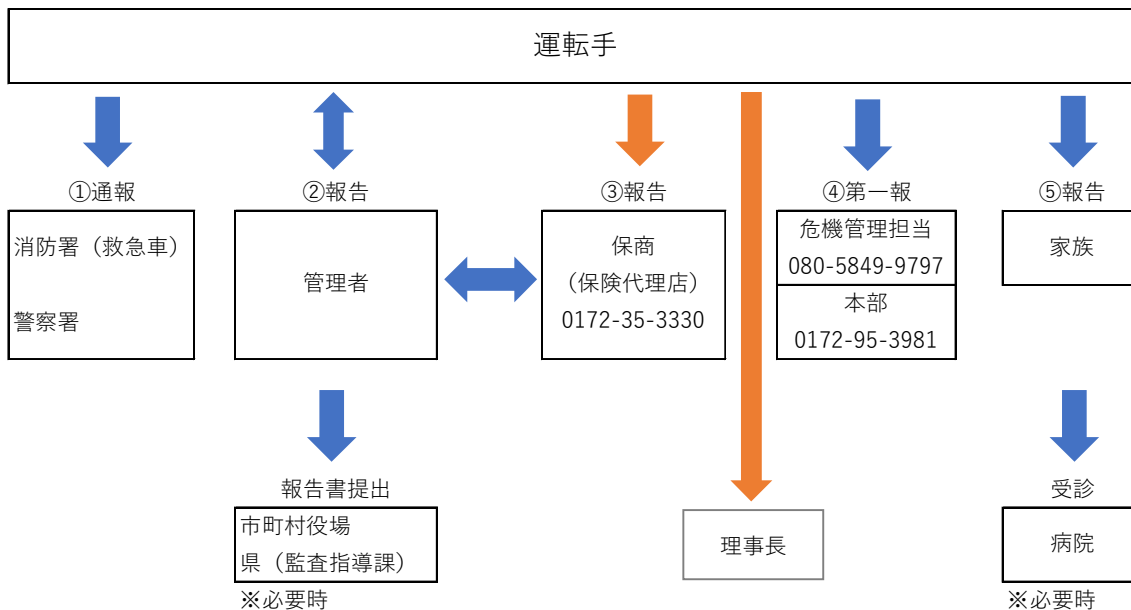
この指針は令和3年8月20日より一部改定する。

(別紙)

<施設内外で事故・事件が発生した場合の対応>



<送迎中に事故が発生した場合の対応>



○飛び越え報告 (緊急報告) →

事故状況を判断し、迅速な判断が必要な場合