

介護事故予防に関する指針

1 基本理念

- (1) 介護事故を起こさない。これは利用者の心身の安全を守ることを業とする私たちの重要な使命である。
- (2) 介護事故を起こさないために、多職種協働において事故を予測し、組織的に事故予防に取り組む。
- (3) 凶らずも介護事故が発生した場合は迅速に対応し、被害の拡大を防ぐと共に、誠実に検証し、再発防止のための方策を検討・実施する。

2 安全管理体制

(1) 基本的な考え方

- ①定められた担当者（リスクマネジャー）が事故予防マネジメントを担う。
- ②基幹施設では、安全対策部門を設置し担当者を定め、事故対策委員会と連携して事故予防や再発防止マネジメントを担う。
- ②多職種協働（チームケア）で事故を予防する。事故予防はひとりの職員やひとつの職域が担うものではなく、各専門職がそれぞれの分野で検証しその結果をケアマネジャーが統合し事故予防に活かす。

(2) 事故を予防するための考え方

- ①ヒヤリはっと事例は、事故を予防するという意識を持って積極的に報告する。
- ②ヒヤリはっと報告は、事故予防の観点で積極的に活用する。ヒヤリはっと報告に対する方策を予防ケアとして実施し、モニタリング・評価を行う。
- ③褥瘡に関しても事故として捉える。ハイリスク者のアセスメントを行い、ケアマネジメントの中で予防ケアとして実施する。
- ④事故発生の可能性がある場合は、速やかに関係者を招集して具体的な方策を示す。

(3) 事故発生時の対応

- ①事故が発生した場合は、速やかに適切な初動措置を講じた上で、生命及び苦痛の軽減を優先した対応に努める。
- ②発見者は、初動対応の後に速やかに関係者に報告し、記録・報告書を作成する。
- ③事故発生後の検証は、関係職種で検証し再発防止策を検討・周知し実施する。
- ④改善策を実施した後は、その方策が効果的に機能しているかを評価する。

(4) 事故とヒヤリはっとの定義

上越老人福祉協会各事業所内において発生した事故等については、同一の方向性で予防策を講じることができるよう、統一した定義を用いる事とする。

【ヒヤリはっと】

利用者の障害を及ぼすことはなかったが、日常のサービス提供の中で、ヒヤリとした、はっとした事象とする。

【事 故】

事の大小や過失の有無を問わず、介護者等が予測しなかった悪い結果が利用者が発生した事象とする。このため、不可抗力による事例や利用者自身による自傷行為等も含まれる。また、きわめて微小な擦過傷から死亡（自殺を含む）まで、利用者に僅かでも身体的被害等が生じたもの全てを対象とする。

3 安全対策部門の設置

(1) 安全対策部門の役割

- ①定期的に会議を開催し、事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策の報告や周知を担う。
- ②必要に応じて事故対策委員会と指針・マニュアルの見直し整備を行う。
- ③事故対策委員会と連携し研修会を実施する。

(2) 構成メンバー

- ①安全対策担当者（リスクマネージャー）、施設管理者、介護支援専門員、介護職員、看護職員、理学（作業）療法士（言語聴覚士）、管理栄養士、生活相談員 等
- ②安全対策担当者は、安全対策等に係る外部研修を受講した者とする。

(3) 事故発生後の家族および外部機関への報告

- ①事故が発生した後は、入所者の家族等へ速やかに報告・連絡を行う。
- ②県や市への報告は、施設管理者が定められた事故報告様式にて報告する。

4 事故対策委員会の設置

(1) 事故対策委員会の役割

- ①ヒヤリ・はっと報告、事故報告のデータ管理及び検証を行い、情報を発信する。
- ②リスクマネジメントを主眼に事故予防と再発予防に向けた課題検討、及びそれらの方向づけを行う。
- ③事故予防研修（年に2回以上）の企画・運営を行う。研修ニーズを掘り起こして、研修内容に反映させる。
- ④褥瘡予防に関する取り組み状況を把握して支援する。

(2) メンバー構成

介護支援専門員、介護職員、看護職員、理学・作業療法士、(言語聴覚士) 管理栄養士、生活相談員 等

5 介護事故予防に関する研修教育体制

(1) 介護事故予防に関する研修

①各種マニュアルに基づき基礎的知識、技術の習得を図る目的で年2回以上の研修を実施する。

【法人内統一資料】

- ・介護事故予防に関する指針
- ・介護事故リスクマネジメント
- ・介護事故予防及び発生時の対応

【各事業所における資料】

- ・夜間休日における緊急連絡フロー
- ・各職種の業務マニュアル
- ・事故発生時の対処マニュアル
- ・その他

(2) 新採用職員研修

職員の新規採用時には上記資料を用いて法人及び各事業所において研修を実施する。

6 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

(1) 当該指針は利用者、家族または関係機関がいつでも閲覧できるように文書及びホームページ上にて掲載する。

(2) 当該指針は利用者、家族または関係機関の求めに応じ、法人本部及びすべての事業所において閲覧に供することができるよう各事業管理者の責任において管理する。

7 関係書式

- | | |
|---------------|-----------------|
| (1) 事故報告書 | 法人統一 |
| (2) ヒヤリはっと報告書 | 各事業所別 |
| (3) 褥瘡アセスメント表 | 各事業所別 |
| (4) 個別援助計画書 | ほのぼのシステム内 |
| (5) 市・県への報告書 | 定められた事故報告書を用いる。 |

事故報告書作成の手引き

はじめに

まず、報告書とは個人責任を追究するものではなく、あくまでも再発防止策の一環として、事例の傾向を把握し、問題点を抽出し対策に役立てるように活用するものである。事故報告書は法人内全事業所共通書式（ほのぼのシステム内）とする。

書式の特徴は、種別の細分及び共通化により分類を容易にすること、事故の分類や集計が可能となっている。

1. 定義（区分）の統一

【ヒヤリハット】

利用者の障害を及ぼすことはなかったが、日常のサービス提供の中で、ヒヤリとしたハツとした事象とする。例えば、事故が起こりそうな状況に前もって気づいた事例や誤った措置が実施される前に気づいた事例、誤った措置が実施されたが何ら影響のなかった事例などである。

（別添 事例集あり）

【事故】

事の大小や過失の有無を問わず、介護者等が予測しなかった悪い結果が利用者が発生した事象とする。このため、不可抗力による事例や利用者自身による自傷行為等も含まれる。また、きわめて微小な擦過傷から死亡（自殺を含む）まで、利用者に僅かでも身体的被害等が生じたもの全てを対象とする。

例えば、転倒されたものの外傷もなく、治療も行わず、その後も見守り等が必要ないと判断された場合においても、転倒された事象は存在する為事故として取り扱うこととする。

（別添 事例集あり）