

事故発生防止のための指針

1. 施設における介護事故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」をリスクとしてとらえ、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ます。そのために、必要な体制を整備すると共に、利用者一人ひとりに着目した個別的なサービス提供を徹底し、組織全体で介護事故の防止に取り組みます。

2. 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織

介護事故発生の防止などに取り組むにあたって「事故防止委員会」を設置します。

(1)「事故防止検討委員会」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 事故防止検討委員会の構成員

施設長、事務長、医師、支援相談員、看護職員、介護職員、をもって構成する。

③ 事故防止委員会の開催

定期的に（年4回以上）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。事故発生時など必要な際は、随時委員会を開催します。

④ 事故防止検討委員会の役割

(ア) マニュアル、事故（ヒヤリハット）報告書の整備

介護事故未然防止のため、定期的にマニュアルを見直し、必要に応じてマニュアルを更新します。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、必要に応じて更新します。

(イ) 事故（ヒヤリハット）報告書の分析および改善策の検討

各部署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

- (ウ) によって検討された改善策を実施するため、ケア計画を職員にたいして周知徹底を図ります。
周知方法に関しては、各棟「事故・ヒヤリハット報告、会議録」のファイルに綴り、出勤時に確認してもらいます。

(2) 多職種協働によるアセスメントに実施による事故予防

- ①多職種（医師、看護、介護、支援相談員）協働によるアセスメントを実施します。

事故につながる要因を検討し、事故予防に向けた各種サービス計画を作成します。

3. 介護事故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はたします。

(1) 施設長・事務長

- ① 事故発生防止のための総括管理
- ② 事故発生防止委員会総括責任者

(2) 医師・事務長

- ① 診断、処置方法の指示
- ② 各協力病院との連携を図る

(3) 看護職員

- ① 医師、協力病院との連携をはかる
- 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 処置への対応
- ⑤ 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
- ⑥ 記録は正確、かつ丁寧に記録する

(4) 介護職員

- 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
- ④ 利用者の疾病、障害などによる行動特性を知る
- 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

(5) 支援相談員

- 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、再発防止策の検討
- 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

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の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かんする職員への教育・研修を、定期的かつ計画的におこないます。

- (1) 定期的な教育・研修の実施
- (2) 新任者に対する事故発生防止の研修の実施
- (3) その他必要な教育・研修

5. 介護事故、ヒヤリハット事例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方法に関する基本方針

(1) 報告システムの確立

情報収集のため、ヒヤリハットレポートや事故報告書を作成し、報告システムを確立します。収集された情報は分析・検討を行い、事業所内で共有し、再び事故を起こさないための対策を立てるために用います。なお、この情報を、報告書個人の責任追及のために用いません。

(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」と「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、事故防止検討委員会を中心としてケア計画に従って実践し、全職員に周知徹底を図ります。

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します。

(1) 当該利用者への対応

事故が発生した場合は、周囲の状況および当該利用者の状況を判断し、安全確保を最優先として行動します。関係部署および家族などに速やかに連絡し、必要な措置をこうじます。
状況により、医療機関への受診などが必要な場合、迅速にその手続きを行います。

(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5日以内を目途に「事故報告書」を提出します。
報告の際には状況がわかるよう、事実のみを記載するようにします。

(3) 関係者への連絡・報告

関係職員からの報告書に基づき、各部署責任者（看護統括主任または介護統括主任）・家族などに報告を行います。また、必要に応じ、自治体へ報告を行います。

(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します。

7. 入所者 等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

当該指針は、利用者および家族の求めに応じて、いつでも施設内にて閲覧できるようにする。

8. その他介護事故の発生の防止の推進のために必要な基本方針

- ① 活リスク等の発見・把握のための予防措置を講じるよう努めます。
- ② 生苦情・相談対応体制を活用し、家族の声を介護事故の発生の防止に役立てます。
- ③ 介護事故防止対策マニュアルは、最新の知見に対応するよう定期的に改定を行います。

9. 附則

この指針は、2012 年 3 月より施行する。
2024 年 6 月 1 日 から改正施行する。