

事故発生防止のための指針

特別養護老人ホーム紫水苑

1. 施設における介護事故防止に関する基本的考え方

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ており、提供するサービスの質に悪い影響を与えるもの」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ます。そのために必要な体制を整備するとともに、利用者一人一人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防止に取り組みます。

2. 安全管理体制

(1) 基本的な考え方

他業種協働(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する。
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) 事故予防するための考え方

ヒヤリ・ハット事例は、事故を予防するという意識を持って積極的に報告する。

ヒヤリ・ハット報告は、事故予防の観点で積極的に活用する。ヒヤリ・ハット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・評価行う。

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

事故が発生した場合は、速やかに対応し措置を講じた上で、速やかに関係者に報告する。

基本的に第一発見者が報告書を作成する。

報告後は、関係各種で検証し改善策を検討・周知し実施する。

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・ハットの定義(法人統一書式における事故とヒヤリ・ハットの区分)
紫水苑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出来るよう、統一した定義を用いる事とする。

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。事故報告書は苑内共通書式とする。

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、日常サービス提供の中で、ヒヤリ・ハットした事象とする。

例えば、事故が起こりそうな状況を前もって気付いた事例や誤った措置が実施される前に気付いた事例、誤った措置が実施されたが何ら影響がなかった事例などである。

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、極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事とする。

3.事故発生防止委員会の設置

(1) 事故発生防止委員会の役割

ヒヤリ・ハット報告、事故報告のデータ管理及び検証を行ない、情報を発信する。

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、及びそれらの方向付けを行う。

事故予防研修(年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。

(2)事故発生防止委員会の構成委員

施設長	小山 圭三
生活相談員	松岡 勉
介護支援専門員	丸野 正明
主任介護職員	川水流 みち子
	鈴木 政美
看護主任	西岡 尚子
管理栄養士	岩渕 希美

4.介護事故安全管理体制に関わる研修教育体制

(1)各種マニュアルに基づき基礎知的知識、技術の習得を図る目的に年2回以上実施する。

(各事業所における資料)

- ① 介護事故リスクマネジメント
- ② 介護事故予防及び発生時の対応
- ③ 介護事故に関する指針
- ④ 夜間休日における緊急連絡フロー
- ⑤ 各職種の業務マニュアル
- ⑥ 事故発生時の対処マニュアル
- ⑦ その他

(2)利用者、家族等に対し、各事業所におけるリスクマネジメント体制及び考え方、事故発生状況等について報告を行う。

5.利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本指針

(1)当該指針は利用者、家族または関係機関がいつまでも閲覧出来るように、分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、閲覧に供する事が出来る様管理する。