

事故対策の指針

(総則)

1. この指針は、社会福祉法人 鶴寿会の各施設における介護事故や送迎中の事故等を防止し、安全かつ適切に、質の高い介護を提供する体制を確立するために必要な事項を定める。

(委員会の設置)

2. 前条の目的を達成するために、当施設に「身体拘束・事故対策委員会」（以下「委員会」と呼ぶ。）を設置する。

(1) 委員会は次に掲げる者で構成する。（欠員がある場合あり）

- ア 施設長
- イ 事務長
- ウ 看護職員
- エ 介護職員
- オ 介護支援専門員・相談員
- カ 理学療法士

(2) 上記より委員長を選任する。

(3) 委員長は毎月1回開催される委員会にメンバーを召集し、ヒヤリハット・事故報告書の内容検討、事故予防への啓発や予防策の確認等に最善を尽くし、委員会の運営を円滑に行う

(4) 委員会は、毎月1回の定例開催及び委員長の判断による臨時会を開催する。

(5) 委員長は、必要と認めるときは、参考人として関係職員の出席を求め、意見を聴取することが出来る。

(6) 委員長は、委員会の内容を施設長に報告する。

平成29年度委員会のメンバー

特別養護老人ホーム	事務長	森安 欣哉（責任者）
〃	介護支援専門員	竹田 真二（委員長）
〃	理学療法士	岡 祐記
〃	介護職員	久保 安子
〃	介護職員	山崎 倫裕
〃	介護職員	藤岡 研
ひまわり苑	介護職員	高木 まゆみ
デイサービスセンター	介護職員	富永 大輔

(委員会の役割)

3. 委員会の役割は次の通りとする。

(1) 事故の未然防止・再発防止のための対策立案

ア 情報収集

介護現場におけるリスク情報について、普段から広く具体的な情報を収集する。また事故発生から3日以内に開かれるカンファレンスにて、事故現場の現場検証を行い、事故原因の究明に努める。

イ 分析・評価

収集された情報（ヒヤリハット・事故報告）は、事故対策委員会で問題点の分析・評価を行い、事例検討結果として各現場に周知する。

ウ 職員への周知

情報収集された介護事故の事例などの対策を話し合い、リスク排除のために必要と思われる事項について、職員全体に定期的に周知徹底する。また、年に1回以上職員向けの研修を開催する。

エ 情報の集積、活用

集積された事例は、介護事故の再発防止に活用できるよう、データとして集積。事故対策委員会で報告した後、各部署に書面にて伝達し、職員相互間で情報を共有させる。

(2) 事故発生時の役割

ア 安全管理体制の見直し、介護事故の予防策の検討

提出された事故検討カンファレンスにて事故原因や問題点を分析し、介護事故再発防止の為の職員への指導や原因の究明、施設内の管理システムの見直し、予防策を検討します。（事故対策委員は、事故検討カンファレンスに参加する）

イ 事故予防策の追跡確認

事故対策委員は、事故検討カンファレンスで立案された個別の予防策が、確実に実施出来ているか、職員からの聴取や実施状況を見て確認する。

(記録書類の流れ)

4. 記録書類を適切・迅速に処理するため、書類の流れを定める。

(1) 事故発見時

事故があった時は、事故当事者又は第一発見者が「事故報告書」を記入し、各部署の各日リーダーに提出。（基本的に事故があった当日中に提出。やむを得ず遅れる場合は、事故対策委員長又は各相談員等に事前に報告が必要）

(2) カンファレンス

- ア 事故発生から3日以内に事故検討カンファレンス（参加者：事故当事者又は第一発見者、介護職員、看護師、相談員、事故対策委員等）を開催。カンファレンスにて事故原因を分析し、問題点と予防策をまとめる。
- イ 事故当事者又は第一発見者が「事故検討記録」と「カンファレンス記録」に記入し、各部署の各日リーダーに提出する。
- ウ 事故対策委員は「事故検討記録」「カンファレンス記録」をコピーし、各部署で保管。ケアマネの決裁を受けて、事務所に提出する。

(3) 委員会検討

毎月開催される委員会で、提出された事故報告書等の書類を基に、事故対策等を検討。検討結果を「事例検討結果」として各部署に配布する。

(医療機器・介護機器・車輛の管理体制)

5. 事故につながる医療機器・介護機器・車輛の管理体制について次のように定める。

- ア 従来から日常的に使用されている介護機器・医療機器の取扱いについては、あらかじめ機器の使用法やセッティングの誤りに起因する誤作動及びその回避方法を充分理解しておくこと。
- イ 医療機器・介護機器の操作について、初めて取り扱う者に対しては必ず看護師や教育・介護力向上委員会等による事前教育・研修を行うこととし、必要に応じて指導的立場の者との共同操作等を行うこと。

（医療機器安全管理責任者 野本 和美）

- ウ 車輛は点検や整備を十分にして、安全管理に努めましょう。

（車両管理者 伊藤 護）

- エ 医薬品等は原則として囑託医師の指示に従って看護師が責任を持って管理すること。
- オ 医療機関で処方された利用者の医薬品は品質劣化を起こす主な原因となる温度、光、衝撃、微生物等に留意し、利用者が誤飲しないようカギの掛かる場所に保管すること。

（薬品庫鍵の管理者 野本 和美）

(事故現場での対応)

6. 事故発生時の介護職員等の現場従事者の対応について定める。

(1) 利用者及び家族への対応

- ア 介護事故が発生した場合、まず事故当事者又は第一発見者は他職員・看護職員を呼び、利用者に対して可能な限りの状態確認（利用者の意識レベル・怪我の状況の確認、バイタル測定、止血等の処置）を行うこと。
- イ 看護職員は、事故当事者又は第一発見者より介護事故の詳細な状況を確認し、利用者の身体状況や怪我の程度を分析します。判断がつかない場合は、嘱託医師に連絡、相談し、施設で出来る最善の処置を施すこと。

(2) 責任者への事故報告

事故当事者又は第一発見者から連絡を受けた各日リーダーはケアマネ・相談員にすみやかに報告し、ケアマネ・相談員は状況を把握した上でできるだけ早く事務所に報告。事務所は間をあげずに施設長へ怪我の状況、病院受診の必要性等を報告する。施設で対応できない場合は、施設長に報告し救急車の要請を行うこと。また、病院受診の結果についても同様に施設長に報告する。

(3) 利用者及び家族への説明等

処置が一段落すれば（緊急性の高いものについては事故発生後できるだけ早く）相談員が利用者や家族等に説明し、家族の申し出に誠実に対応すること。状況から施設側の過失が明らかな場合、施設長が家族に謝罪。しかし、過失の有無、利用者への影響などは発生時には不明確な場合がある為、事故発生状況下における説明は相談員が慎重かつ誠実に行うこと。

(4) 利用者及び家族への損害賠償

事故により施設が賠償責任を負った場合は、速やかに利用者及び家族に補償すること。

(関係機関への報告)

7. 各種法令に定められている通り、関係機関への報告について以下の通り定める。

(1) 事故記録と報告

相談員又は事故対策委員長等は事故発生から3日以内に保険者等に提出出来るよう介護事故報告書を作成。事故の概要、利用者の状況、現在の治療、今後の見通し及び利用者等への説明した内容などを経過記録に必ず記載しておく。

(2) 行政機関への報告

利用者が死亡するなどの重大な事態が発生した場合、速やかに（3日以内）愛媛県及び保険者へ施設長又は相談員が文書にて報告を行うこと。

(附則)

- (1) この指針は平成24年12月1日より施行する
- (2) 平成29年4月1日に一部改訂