

介護事故発生防止に関する指針【安全管理】

社会福祉法人東桜会

平成19年5月

【1】施設等における介護事故の防止に関する考え方

当法人では、「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として介護事故の防止に努める。そのために、必要な体制を整備するとともに、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むこととする。

【2】介護事故の防止に関する基本方針

(1) 介護事故発生防止の体制

介護事故発生の防止に取り組むにあたって、事故防止委員会を設置する。

(2) 多職種協働によるチームケアの推進

各職種の専門性に基づくアプローチからチームケアを行うことを基本とし、それぞれの果たすべき役割に責任をもって対応する。

【3】介護事故の防止に関する体制

(1) 事故防止委員会の設置等

設置及び目的

事故防止委員会を設置し、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介護、看護を提供する体制を整備するとともに、介護事故が発生した場合は、責任を持って対応する。

事故防止委員会の責任者

・特別養護老人ホーム麻機園 施設長 秋山 通

事故防止委員会の構成員

・特別養護老人ホーム麻機園 施設長 秋山 通

・特別養護老人ホーム麻機園 医師 北澤 透

・特別養護老人ホーム麻機園 事務長 望月恵子

・特別養護老人ホーム麻機園 生活相談員 望月昭子

・特別養護老人ホーム麻機園 介護支援専門員 芦口益枝

・特別養護老人ホーム麻機園 看護職員 松村由美子

・特別養護老人ホーム麻機園 介護職員 足立景子 下地綾子

・麻機園デイサービスセンター 生活相談員 松下久美子

・ケアハウス桜花 施設長 長島鈴江

・静岡市有永グループホーム ホーム長 秋山真由美

・施設外の安全対策に関する知識を有する者

事故防止委員会の開催

・定期的に2ヶ月に1回開催する

・その他、必要な都度開催する

事故防止委員会の役割

・各種マニュアル、事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書等の書類を整備する

介護事故等未然防止のため、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する。事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書等の様式についても定

期的に見直し、必要に応じて更新する。

- ・事故報告、ヒヤリ・ハット報告の分析および改善策を検討する
事故報告、ヒヤリ・ハット報告を分析し、介護事故発生防止のための改善策を検討する。
- ・改善策の周知徹底
検討された改善策を実施するため、職員に対して周知徹底を図る。

(2) 多職種協働による介護事故予防の推進

多職種協働によるアセスメントを実施する。その際、利用者の心身の状態、生活環境、家族関係等から個々の状態を把握するとともに、介護事故に繋がる要因を検討し、介護事故防止に向けた各種サービス計画を作成する。更に、各種サービス提供の状況が介護事故に繋がらないよう定期的にカンファレンスを開催する。

【4】介護事故の防止における各職種の役割

介護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すこととする。

(1) 職種ごとの役割

< 施設長 >

- ・介護事故防止のための総括管理
- ・事故防止委員会総括責任者

< 医 師 >

- ・診断、処置方法の指示
- ・協力病院との連携

< 生活相談員・介護支援専門員 >

- ・介護事故発生防止のための指針の周知徹底
- ・緊急時連絡体制の整備（施設、家族、行政）
- ・報告（事故報告、ヒヤリ・ハット報告）システムの確立
- ・事故及びヒヤリ・ハット事例の収集、分析、再発防止策の検討
- ・介護事故予防マニュアルの作成と周知徹底
- ・家族、医療、行政機関、その他関係機関への対応

< 看護職員 >

- ・医師、協力病院との連携
- ・施設における医療的行為の範囲についての整備
- ・介護事故予防マニュアルの作成と周知徹底
- ・処置への対応
- ・事故及びヒヤリ・ハット事例の収集、分析、再発防止策の検討
- ・記録の整備

< 介護職員 >

- ・食事、入浴、排泄、移動等介助における基本的知識を身につける
- ・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
- ・利用者の疾病、障害等による行動特性を知る
- ・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

- ・多職種協働の介護、看護を行う
- ・記録の整備
- <管理専門>
- ・施設内の環境整備
- ・備品の整備

【5】介護事故等の報告方法及び介護に係る安全の確保を自的とした改善のための方策

(1) 報告システムの確立

情報収集のため、事故報告書やヒヤリハット報告書を作成し、報告システムを確立する。

収集された情報は、分析・検討を行い、再び事故を起こさないための対策を立案のために用いる。

(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」「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する。

また、その過程において自施設における事例だけではなく、知りうる範囲で他施設の事例についても取り上げ、リスクの回避、軽減に役立てる。

(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、事故防止委員会を中心として実践し、全職員に周知徹底を図る。

【6】介護事故発生時の対応

介護事故が発生した場合には、介護事故予防マニュアルにより速やかに対応する。

【7】介護事故の防止に関する職員教育・研修

介護に関わる全ての職員に対して、介護事故発生防止に関する職員教育を行う。

(1) 職員教育の内容

定期的な教育・研修（年2回以上）を実施する

新任者に対する事故発生防止のための教育・研修を実施する

その他、必要な教育・研修を実施する

【改正・修正履歴】

(制定) 平成19年1月

(改正) 平成19年2月 設置及び目的、事故防止委員会の構成員

(改正) 平成19年4月 事故防止委員会の構成員

(修正) 平成19年5月 事故防止委員会の構成員の氏名