

安全管理に関する指針

《安全管理指針の目的》

この指針は、特別養護老人ホーム神田の里において介護事故の発生・再発を予防し、「介護の質を保証する」とことと「安全な介護を提供する」ために安全管理を確立することを目的とする。

介護事故防止には以下の3点を基本として取り組むものとする。

- ① 組織として事故防止に取り組む。
- ② 情報の共有化を図り、事故防止に役立てる。
- ③ 事故防止のための教育システムを整え、教育を行う。

《介護におけるリスクマネジメントに関する用語の整理》

リスクマネジメントに関連した用語を整理した。介護事故には、入居者ばかりでなく介護従事者が被入居者である場合も含み、また廊下で転倒した場合のように介護場面とは直接関係しないものも含まれます。介護事故の全てに介護提供者の過失があるというわけではなく、「過失のない介護事故」「過失のある介護事故」を分けて考える必要があります。

1) リスクマネジメント

ヒューマンファクター（個人的要因）防止のための施設内教育および事故防止検討委員会などの設置やインシデントレポート、介護事故報告制度などの安全管理システムの構築を通して介護事故を未然に防ぎ、介護の質を保証することをいう。

2) 介護事故

介護従事者が行う業務上の事故の内、過失が存在するものと不可抗力（偶然）によるものの両方を含めたもの。

過失：行為の違法性、すなわち客観的注意義務違反をいう。注意義務は結果発生予見義務と結果発生回避注意義務とに分けられる。

3) 介護過誤

介護従事者が行う業務上の事故の内、過失の存在を前提としたもの。

4) エラー

人の誤り全般を指す。ミスメイクとスリップが含まれる。

ミスメイク：意識的に不適切な目標を選んでしまう誤り。

スリッ プ：目標を行為に移す過程で無意識に発生した、目標とは異なった行為。

5) インシデント

思いがけない出来事「偶発事象」で、これに対して適切な処理が行われないと事故になる可能性のある事象。現場ではこれを「ヒヤリ」「ハット」と表現することもある。インシデントについての情報を把握・分析するための報告書をインシデントレポートという。「ヒヤリ・ハット報告書」「ニアミス報告書」とも表現される場合がある。

6) 事故(アクシデント)

インシデントに気付かなかったり適切な処置が行われないと、傷害が発生し「事故」となる。介護におけるリスクマネジメントで取り扱う「事故」とは、入居者だけでなく、面会者、職員に傷害が発生した場合を含む。事故報告書は、事故に関する情報収集をし分析するための報告書である。

7) 苦情及び紛争

介護行為あるいは施設介護サービスにおいて、入居者（家族）より介護関係者にクレームがついた状態である。

8) エラーレジスタンスとエラートレランス

エラーレジスタンス：エラーが発生しないようなシステムを構築すること。

エラートレランス：エラーが発生しても事故に結びつかないようなシステムを構築すること。

《安全管理体制構築（介護事故防止）のための基本的な考え方》

介護事故を防止し、安全管理体制構築のために、職員は以下のような事項を共通の認識としなければならない。

1) 常に危機意識を持ち業務にあたる。

常に「事故はいつでも起こり得る」「人は過ちをおかす」という危機意識を持ち、業務にあたる。介護行為は不確定的要素が多く潜在し、常に危険と隣り合わせにある。職員はこの危険性を充分認識し、介護事故はいつでも起こりうるものであるという「危機意識」を持って、業務にあたる。

2) 入居者本位の介護に徹する

すべての介護行為、介護システムを入居者中心・入居者本位のものとする。施設側の都合のよいようなシステムは作らない。

3) すべての介護行為において、確認・再確認等を徹底する。

全ての介護行為を行うに際して、事前に複数のもので確認すること。口頭指示は必ず復唱し、後で必ず指示書ももらうこと。

4) コミュニケーションとインフォームドコンセントに配慮する。

医事紛争の最大要因はコミュニケーションとインフォームドコンセントの不足であることを認識し、入居者の、知る権利、拒否する権利、自発的同意を大切にすること。

5) 記録は正確かつ丁寧に経時的に記載する。

診療録に関する諸記録は、正確かつ丁寧に経時的に記載する習慣を身につける。

6) 情報の共有化を図る。

事故防止検討委員会でインシデント・介護事故の報告制度を立ち上げ、各部門で発生したインシデントや介護事故については、所定の用紙で報告する。委員会ではレポートを集積・検討・対策を講じ、現場にフィードバックさせる。対策は現場職員で立案し、必要な個々の防止マニュアルを作るようにする。報告されたインシデントや介護事故に関しては故意に起こしたものでない限り責任を追及することはないが、インシデントや介護事故を起こしながら報告しない者は懲戒の対象にする。報告しやすい環境を組織的に作り上げることが重要である。

7) 施設全体で、介護事故防止への組織的、系統的な管理体制を構築する。

介護事故防止のために、組織として二重三重の防止システムを構築しなければならない。「事故は起こるという前提に立ち、エラーレジスタンス（エラーが発生しないようなシステム）、エラートレランス（エラーが発生しても事故に結びつかないようなシステム）を構築すること。

8) 自己の健康管理と職場のチームワークを図る。

介護従事者は、自己の肉体的・精神的健康管理に努める。また、チームワーク介護を育てる。

9) 介護事故防止のための教育・研修システムを整える。

インシデント・介護事故の発生を防止するため、オリエンテーリング、マニュアルの充実と徹底を図る。介護技術・看護技術の習得のための具体的・実践的な教育プログラムを作成する。介護事故防止のための教育のみでなく、接遇教育も行う。

《安全管理体制構築のための指針》

1) 事故防止検討委員会の設置

a. 事故防止検討委員会の設置

介護事故を未然に防止し、また万一事故が発生した場合迅速に対応できるように委員会を設置し、安全管理体制を全体として組織化する。

b. 委員会の構成

委員会は、委員長と各部門から選出された委員から構成される。

c. 委員会の機能

- 情報収集
- 分析・評価、対策立案
- 職員への周知
- 情報の集積、活用
- 安全対策の推進
- インシデント・介護事故の重要度種別の検討

d. 介護事故が発生した場合の安全管理体制の見直し、改善策の検討

e. 重大な介護事故に対しての事故防止検討委員会の緊急招集

2) リスクマネージャーの配置

a. リスクマネージャーの任命

安全管理を推進するためのリーダー的役割を果たすリスクマネージャーを各部署から選任する。

b. リスクマネージャーの任務・機能

- リスクマネージャーは自動的に「委員会」の構成メンバーとする。
- インシデントや介護事故等の報告を当事者から受け、「委員会」へ報告する。当事者への報告の提出を励行するとともに、その記載・提出方法について指導する。
- 「委員会」で検討された情報を現場にフィードバックする。
- 現場での分析・検討・検証・対策立案・マニュアル作成の中心となる。
- 介護事故防止方法及び業務改善方法についての検討・提言を行う。
- 個々の介護関連行為により起こりうる介護事故の予防マニュアルの作成の中心となる。
- インシデントレポート・介護事故報告書を出しやすいような報告の文化を育てるように努力する。
- 現場でのリスクマネジメント教育に努める。

3) 施設内報告制度の確立

インシデントレポート・介護事故報告書の報告手順を明確にする。

《インシデント・介護事故の定義》

インシデント・介護事故の定義は、以下のとおりとする。

* インシデント：入居者に影響を及ぼすには至らなかったが、ヒヤリ・ハットした事案

別紙判断基準表でレベル1、レベル0、レベルハイリスク、その他を指す。

* 介護事故：入居者に障害が及び、すでに損害が発生している事案

別紙判断基準表でレベル5、レベル4、レベル3、レベル2を指す。

《インシデント・介護事故の報告の方法》

インシデント、介護事故に遭遇した場合に、入居者への処置あるいは対応後、速やかにその内容を記載したインシデントレポート・介護事故報告書を提出する。尚、報告に当たっては報告の是非を当事者のみで判断するのではなく、リスクマネージャーと相談し、さらにファインド事例（インシデントに自ら気づかず、第三者が発見した事例）も当事者に報告を勧める。インシデント・介護事故報告書は所定の様式のものを使用する。また介護事故の場合は、報告書とは別に事実経過記録を記載しておくこと。

《インシデントレポート・介護事故報告書の対策検討》

提出されたインシデントレポート・介護事故報告書は、毎月第1木曜日の事故防止検討委員会において再発防止対策を検討する。また検討内容は事故防止検討委員会議事録として、各部署に配布し周知徹底を図る。

《インシデントレポート・介護事故報告書の事故防止検討委員会での検討手順》

- ① 各委員は、インシデントレポート・介護事故報告書をあらかじめ検討したうえで、委員会に持参する。
- ② 委員会の進行は委員長が行う。
- ③ インシデント・介護事故の発生部署委員が調査内容を順次報告する。
- ④ 事故調査した委員から説明を行う。
- ⑤ 再発防止に向けての対策を検討する。

《インシデントレポート・介護事故報告書の報告手順》

報告する事象が発生した場合、委員会所定のインシデントレポート、介護事故報告書の記載判断は、報告を受けた所属長が行い判断する。

《記載手順》

	インシデントレポート	介護事故報告書
報告手段	口頭、及びインシデントレポートによる	事故発生時の連絡体制のとおりとし、介護事故報告書による。
報告書記載者	当事者	所属長・当事者
報告期限	翌日	即日
報告内容	1) 問題発生日時 2) 問題発生場所 3) 問題の種類 4) 「ヒヤリ・ハット」の内容 5) 原因 6) 今後どうすればよいのか	1) 入居者氏名 2) 介護度・認知症の有無 3) 事故発生日時 4) 管理者・主治医・所属長に報告した時間 5) 入居者への影響レベル 6) 事故発生場所 7) 事故の種類 8) 事故の内容 9) 緊急に行った処置 10) 入居者側の意思表示・感情等 11) 事故原因と対策
報告目的	委員会は、入居者名を伏せた写しを作成し、各部門に配布し、再発防止に向けて周知させる。	
事案調査	安全管理委員は、自部門の事案調査を行い、委員会で報告	
報告書保管	委員会より配布された写しは、各所属長が責任を持って周知し、報告日より起算して5年間保管することとする。	

《安全管理の教育体制の確立》

事故防止検討委員会は、介護事故を防止するために、安全管理指針の整備や委員会設置、施設内報告制度、教育制度など、施設内の組織体制を新たに構築するだけでなく既存の業務管理体制を見直すことも重要である。この観点から、計画的に職員に対する教育訓練を行える機会をつくり、自部門に配属された職員に対しては、委員自ら率先して安全管理マニュアルについて教育を行う。また委員会は定期的に全職員を対象とした研修会を主催する。

1) 介護事故発生時の対応

介護や看護の過程において、施設従事者が当然払うべき業務上の注意事項を怠るなどにより、入居者に被害を及ぼし、場合によっては入居者を死に至らしめることもある。介護事故が発生した場合は、あらかじめ決められた連絡網に基づいた連絡を行う。重大事故発生直後は、冷静かつ誠実に入居者家族への対応をすばやく行うために、緊急に施設長が事故防止検討委員会を招集する。介護事故報告は以下のような事例を対象とする。

- a. 当該施設介護行為によって、入居者が死亡または死亡に至る可能性がある場合。
- b. 当該施設介護行為によって入居者に重大もしくは不可逆的障害を与え、または与える可能性がある場合。
- c. 入居者等からクレームを受けた場合や紛争に発展する可能性がある場合。

A. 入居者・家族への対応

① 最善の処置

介護事故が発生した場合、まず入居者に対して可能な限りの緊急処置を行う。

② 責任者への報告

すみやかに責任者に報告し、施設で対応できない場合には、協力病院等に転院の指示を得る。

③ 入居者・家族への連絡

入居者の家族や近親者が施設内にいない場合は、直ちに自宅などの連絡先に連絡する。またその際、入居者、家族などの連絡相手や連絡日時等を記録する。

④ 入居者・家族への説明等

- a. 処置が一段落すれば、出来るだけ速やかに入居者や家族等に誠意を持って説明し、家族の申し出についても誠実に対応する。説明においては相談員、看護師を含む複数の人員で対応し、必要に応じて上席者等が同席して対応する。
- b. 説明後、説明者、説明を受けた人、説明時間、説明内容、質問、回答等を記録する。

⑤ 事実調査と施設としての統一見解

1) 事実経過の整理、確認と介護機関としての事実調査

- a. できるだけ早い時期に理事長・施設長・事故関与者等の関係者が集まり、介護機関としての事実調査および事故の原因、過失の有無等について統一見解を決定する。
- b. 統一見解は、文書として記録し、保管する。
- c. 関連する介護記録、看護記録等を確認の上、保管する。

2) 事実調査後の入居者・家族への説明

- a. できるだけ早い時期に入居者・家族への説明の機会を設定する。
- b. 説明は、施設長・責任者を含め統一見解に基づき、複数で行う。
- c. 説明は、記録に基づき事実関係は専門用語を出来るだけ避け、わかり易く、慎重に説明する。個人的見解は述べない。
- d. 説明した内容は正確に記録に残す。

⑥ 事故記録と報告、報告書の保管・分析

- a. 入居者への処置が一通り完了した後、出来るだけ早く事故報告書を作成する。
- b. 事故当事者並びに上席者は、事故概要を「介護事故報告書」に記載する。
- c. 事故の概要、入居者の状況、現在の治療、今後の見通し及び入居者等へ説明した内容などは診療録にも必ず記載しておく。
- d. 介護事故対策委員会においてその分析を行い、今後の事故防止策を検討する。

B. 警察への届出

明らかに介護事故が原因で入居者が死亡するなど重大な事態が発生した場合には、速やかに警察署に届出を行う。

届出に当たっては、事前に入居者、家族に承諾を得るものとする。

C. 市町村、関係行政機関への報告

介護事故が原因で、入居者が死亡するなど重大な事態が発生した場合、保健所等関係行政機関の現地調査、立入検査を受け入れることは、介護事故の発生原因の解明や、再発防止につながることから、大阪府高齢介護室、寝屋川市高齢介護室、大阪府国民健康保険団体連合会等に対しても速やかに報告を行う

D. 事故当事者への配慮

重大な介護事故に関わった当事者並びに関係職員には、相当な精神的負担が発生することが予想される。入居者及び家族・遺族への対応やマスコミ対策などで、当事者に対する十分な配慮を講ずることも重要である。

(ア) 事故当事者および当該部署職員に対して

1) 事故当事者へのサポート

施設長、所属長によるサポート

弁護士によるサポート

同僚による事故の共有

カウンセリング

勤務配慮

家族への連絡

2) 当該部署へのサポート

当該部署が落ち着いて業務が行えるよう組織として対応し、所属長が当該部署を訪問し、以下のことを行う。

応援要員：事故直後は混乱が予測される。再発防止と業務停滞防止を図るため、応援要員による業務支援を行う。

提出書類の作成支援

現場検証、事情聴取対応への支援

(イ) 長期的対応

事故当事者である以上、責任追及を免れぬことはできないが、専門職として再出発することへ前向きになれるように長期的な支援が必要である。さらに訴訟になった場合には、スムーズに対応できるように組織として支援する。

1) 精神的サポート

事故当初から専門家のカウンセリングのサポートが必要である。また状況により長期的対応も必要となる。専門家と連携を図りながら施設として支援する。

2) 勤務配慮

警察の事情聴取や裁判時には、勤務時間や勤務配置の配慮を行う。

3) 裁判時の支援

弁護士を選任できるよう、施設の顧問弁護士とともにアドバイスする。

常に事実を述べられるよう、記録を所属長と共に確認する。

(ウ) 重大事故の公表

1) 重大事故の公表

重大な介護事故が発生した場合、市町村、警察署への届出を終えた後、施設自らがその介護事故の事実を正確にかつ迅速に社会に対し、積極的に公表していく必要がある。これは介護保険施設は一般に社会的公共性が高いと考えられるからである。公表に際しては、意思統一を欠き、混乱を引き起こさないように、窓口を一本化する。十分な原因究明の上、公式見解を公表する。

公表の場での施設側の立会い者は、施設長、生活相談員とし、事故の経緯の説明は、施設長が行うこととし、進行は生活相談員が行うこととする。

2) 入居者・家族等へのプライバシーの尊重

介護事故を公表する場合は、入居者や家族のプライバシーに最大限尊重しなければならない。公表の前には、入居者・家族と十分に話し合い、ここまで公表して良いという範囲を決めておく。また事故当事者への十分な配慮も必要である。

(エ) 事故の再発防止

介護事故発生後、出来るだけ早い段階で、事故防止検討委員会を開催し、事故の再発防止について検討し、再発防止策を策定し、介護安全管理対策マニュアルに追加し、職員に周知させる。

(オ) 訴訟への対応

訴訟に発展しそうな問題が発生した場合は、事故防止検討委員会で検討の上、施設長が寝屋川市高齢介護室、大阪府高齢介護室に連絡し、所定の手続きをとる。

平成 24 年 4 月 1 日施行