

事故発生防止のための指針

この指針は、施設内又は送迎中・訪問先等で利用者の予期せぬ事故等に対し、適切に対応し、円滑・円満に解決するため介護職員等及び管理者への対応及び留意事項を定めたものである。

〔Ⅰ〕施設における介護事故の防止に関する基本的考え方

日常業務の中で事故発生を防止するため、施設内又は施設外（訪問先、デイサービス送迎等）における事故発生防止対策を検討する上において、職種、部門等を問わず当施設関係者が共通して認識しておかなければならない事故等の防止のための基本的事項を定める。

（１）介護従事者は常に「危機意識」を持ち、業務にあたること。

介護行為は不確定要素が多く潜在し、常に危険と隣り合わせにあります。介護従事者はこの危険性を充分認識し、事故はいつでも起こりうるものであるという「危機意識」を持ち、業務にあたる必要があります。

（２）利用者最優先の介護・支援を徹底すること。

どのような事態においても利用者最優先の体制で業務にあたることが不可欠です。質の良い介護は、利用者本位の介護から始まります。利用者への十分な配慮が欠けた時、事故等が発生することを認識する必要があります。

（３）介護・看護行為においては、確認・再確認等を徹底すること。

すべての介護・看護行為においては、事前に確認をすることが不可欠です。確認する際は、自分一人ではなく、複数の者による確認を行い、また業務遂行の過程で疑問や理解不可能な事柄があれば、必ず事前に周囲の人と相談するなど、再確認をし、理解してから介護行為を行うことが必要です。換言すれば、従事者一人ひとりが「当たり前のことをきちんとする。」ということの再認識が大切です。

（４）円滑なコミュニケーションに配慮すること。

利用者とのコミュニケーションには充分配慮し、訴えを謙虚な気持ちで聞き、約束は必ず守るよう心がけることが大切です。言葉遣いは丁寧で分かり易く、誠意を持って対応し、利用者や家族への説明にあたっては、その内容が十分理解されるよう配慮することが必要です。

（５）記録は正確かつ丁寧に記載し、チェックを行うこと。

介護・看護に関する諸記録の正確な記載は、事故発生防止に役立つとともに、万が一事故等が発生した場合においても、適切な対処が出来ます。

記録は正確かつ丁寧に記載する習慣をつけるとともに、上司・先輩・同僚などのチェックを受け介護の質の向上につなげることが大切です。

（６）自己の健康管理と職場のチームワークを図る。

従事者は、自己の肉体的・精神的状況を客観的に評価し、不調の場合は、特に慎重な態度で従事するよう心がける必要があります。また、管理者は職場におけるチームワークについても、冷静な評価を行い、職場環境の問題点を明確にして早期に解決策を打ち出すことも重要です。

〔Ⅱ〕介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項

（１）リスクマネジメント委員会の設置及び役割

①リスクマネジメント委員会（以下『委員会』と略す）は各部署より選出された委員で構成され、事故等を未然に防止し、また万一、事故等が発生した場合、迅速に対応できるよう、安全管理体制を組織化します。

②委員会の役割は次のとおりとする。

◎事故等の未然防止・再発防止のための方策立案

・情報収集

介護現場におけるリスク情報（事故・ヒヤリハット報告書）について、普段から広く具体的な情報を収集します。施設内のみならず他の介護施設で起こった情報についても広く情報収集します。

・分析・評価

収集された事故・ヒヤリハット情報は、「委員会」で問題点の分析・評価をおこないます。

・職員への周知

事故・ヒヤリハット情報等の事例など、リスクを排除する為に必要と思われる事項については、職員全体に定期的に周知徹底します。また、周知の際は、利用者のプライバシーや事故当事者への配慮が必要です。

・職員への研修

事故防止のための研修を定期的（年２回）行い基礎的内容等の適切な普及・啓発を図ります。新規採用時には必ず研修を行うものとします。

・情報の集積・活用

他の介護施設で起こった事故・感染症・拘束・虐待等の事例なども含め、集積された事例は、事故等の再発防止に活用できるよう、データとして集積しておき、また、職員間で情報を共有させます。

◎介護事故等が発生した場合の役割

・既存の安全管理体制の見直し、改善策の検討

収集された事故等の事例を分析・評価し、再発防止の為に職員への指導や原因の究明、施設内等の管理システムの見直し、改善策を検討します。

（２）事故等防止の体制及び職務等

①施設長は施設の代表者として、リスクマネジメント委員会の委員長を兼務し事故等が発生した場合は職員に対し適切な指示を行い、事故等処理に最善を尽くし、委員会の運営を円滑に行うことを職務とする。

②委員会を以下に定め、事務局を設置する。事務局は、定例会及び、必要に応じ臨時委員会を招集し、議事の取り纏めを行うことを職務とする。委員は各部署の責任者として、安全確保のために従事者に対する指導及び助言、委員会への報告を行う。また、委員会にて原因を分析して対応策を講じ質の高い介護を行う為に、利用者の意見等を十分に聴取し、従事者と利用者との良好なコミュニケーションの形成に努めることを職務とする。

＜リスクマネジメント委員会＞

委員長	岡本 直樹（施設長）
事務局長	上垣 智枝子（グループホーム）
委員	村上 晴郎（高槻ともしび苑診療所）
委員	中村 芽衣（特別養護老人ホーム生活相談員）
委員	児島 奈央子（特別養護老人ホーム介護主任）
委員	金光 恵理（特別養護老人ホーム介護職員）
委員	加藤 昭彦（特別養護老人ホーム介護職員）
委員	頼富 千恵美（居宅介護支援事業所 ケアマネージャー）
委員	岩田 琴（特別養護老人ホーム管理栄養士）
委員	前田 香奈（ホームヘルプサービス）
委員	花垣 浩美（デイサービスセンター）
委員	岡本 拓郎（ショートステイ）
委員	眞形 一恵（高槻ともしび苑診療所）

③ケアマネジャー・生活相談員は、自ら所属する部署における事故等が発生した場合、当事者・発見者からの情報報告、事故現場の状況を基に「事故報告書」を作成・管理し、委員会への報告を行います。その後委員会での結果等を踏まえ施設サービス計画・居宅サービス計画・提出用事故報告書の作成に当たる職務とする。

【Ⅲ】介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針

事故防止対策委員会を中心として、事故発生防止のための職員への研修を以下のとおり実施します。

- ①定期的な研修の実施（年2回）
- ②新任職員への研修の実施
- ③その他必要な研修の実施
- ④実施した研修についての実施内容（資料）及び出席者の記録と保管

【Ⅳ】施設内で発生した介護事故、ヒヤリハット・ハット事例及び現状放置しておく介護事故に結び付く可能性が高いもの（介護事故等）の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本指針

①「事故・ヒヤリハット報告書」の提出について

添付書式を使用し、現場からの多くの情報を収集し、「委員会」へ報告する。

なお、拘束・虐待等についてもこの書式にて報告すること。

この報告書については、従事者への説明として報告事実に対して、報告者個人の責任を問うものではなく、事故の事前及び再発防止の為に重要な情報であることを十分に説明します。

②報告ルート

報告は、リスクマネジメント委員、ケアマネジャーを通じて各部門毎にスムーズに委員会に届くようにします。

③報告の方法

従事者は、利用者への処置後速やかにその内容・情報をリスクマネジメント委員、ケアマネジャーに伝え「事故・ヒヤリハット報告書」を作成し委員会へ提出します。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些細なものでも報告することとします。

④報告の活用

報告書については、委員会で真摯に検討し、業務の改善、介護機器等の点検や設備の見直し（必用に応じて）などを行います。そして、これら報告書の内容は、職員に広く周知します。

施設内等で他人の経験した事例を職員相互で情報を共有することにより、事故等発生全体像が把握でき、それによって従事者の事故に対する意識改革が進み、以後の事故等防止に役立つものと考えられます。

（１）記録書類について

介護・看護記録は、誰が見てもわかりやすく、正確かつ丁寧に記載します。

- ①個人情報の確認（身体障害・認知症状の状況等）と、それに基づく介護プランの作成
- ②介護記録の正確な記載

（２）医療機器・介護機器・車両の管理体制

- ①従来から日常的に使用されている介護機器・医療機器の取り扱いについては、原点に戻って注意を喚起する必要があります。
- ②介護従事者は、予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きます。
- ③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事前教育・研修をおこなう事とし、必要に応じて指導的立場の者との共同操作等を行います。
- ④車両は点検や整備を十分に、安全管理に努めましょう。

（３）医薬品等の管理体制

- ①原則として嘱託医師の指示に従って医薬品は管理しましょう。
- ②医療機関で処方された利用者の医薬品は品質の劣化を起こす主な要因となる温度、光、衝撃、微生物等に留意し、利用者が誤飲しないよう鍵の掛かる場所に保管します。

〔V〕介護事故等発生時の対応に関する基本方針

介護従事者が当然払うべき業務上の注意義務を怠るなどにより、利用者に損害を及ぼし、場合によっては利用者が生命の危機に陥る場合が想定されます。重大事故等の発生は、冷静かつ誠実に利用者への対応を素早く行うことが重要です。

（１）利用者及び家族への対応

①最善の処置

事故等が発生した場合、まず利用者に対して可能な限りの緊急処置をおこなうと共に、看護職員を呼び、最善の処置を施していきます。

②責任者への報告

速やかに管理者へ報告し、嘱託医等で対応出来ない場合には、指示を仰いだ上協力医療機関のみどりヶ丘病院へ移送し医師の診察を受けます。

③利用者及び家族への説明等

移送前に速やかに利用者や家族に誠意を持って説明します。（但し、家族の個々の事情により

適切な時期に行う場合もある）その際、家族の申し出についても誠実に対応します。
委員会の審議の結果、施設側等の過誤が明らかな場合、管理者が率直に謝罪します。
しかし、過誤の有無、利用者への影響などは発生時には不明確なことが多いので、事故等の発生
の状況下における説明は慎重かつ誠実におこなうようにします。

④利用者及び家族への損害賠償

介護事故等により施設が賠償責任を負った場合には損害保険等により利用者及び家族に補償
します。

⑤事故記録と報告

利用者への処置が一通り完了した後、できるだけ早く「事故・ヒヤリハット報告書」を作成し
ます。事故当事者は、事故概要を事リスクマネジメント委員、ケアマネジャーに漏れなく報告し、
報告書に記載します。

事故等の概要、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
診療録に必ず記載しておきます。

（２）行政機関への報告

- ① 事故の内容に関しての行政機関（保険者等）への報告は、原則として施設長（管理者）
が行いますが、生活相談員もしくはケアマネジャーが代行する場合があります。

【Ⅵ】入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

当指針は、入所者及びご家族等がいつでも施設内にて閲覧ができるようにするとともに、ホー
ムページ上に公表します。

【Ⅶ】その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針

介護事故等発生防止のために、委員会にて事故報告書を集計し発生時の状況を分析することによ
り有効な防止策を検討しその内容を職員に周知した上で実施する。

以上

附則 このマニュアルは、平成１９年１０月 １日改定施行する。

平成２０年	７月	１日一部改訂	令和	３年	２月	１日一部改訂
平成２１年	１１月	１日一部改訂	令和	４年	２月	１日一部改訂
平成２２年	２月	１日一部改訂	令和	５年	２月	１日一部改訂
平成２２年	４月	１日一部改訂	令和	６年	２月	１日一部改訂
平成２２年	５月	１日一部改訂	令和	７年	１１月	１日一部改訂
平成２３年	４月	１日一部改訂				
平成２４年	１月	１日一部改訂				
平成２５年	１月	１日一部改訂				
平成２５年	４月	１日一部改訂				
平成２８年	６月	１日一部改訂				
令和	元年	９月	１日一部改訂			
令和	２年	２月	１日一部改訂			